



Якубик А.

Истерия

ОТ АВТОРА

Эта книга — результат многолетнего исследования проблем истерии, основанного как на клиническом опыте, накопленном мною за время лечебной и научной работы в психиатрической клинике Краковской медицинской академии и в Варшавском психоневрологическом институте, так и на анализе обширных данных литературы. В отличие от опубликованных работ на эту тему она является попыткой отступить от традиционного описательно-клинического подхода в пользу комплексного, междисциплинарного охвата проблемы, учитывающего широкий диапазон знаний о человеке и требования современной научной методологии.

Истерия — одна из наиболее сложных и многообразных форм психических расстройств; ее этиопатогенез, механизмы, симптомы, течение и лечение продолжают выдвигать много нерешенных теоретических и практических проблем. Развитие взглядов на истерию отражает эволюцию психиатрической мысли, поэтому решение этих вопросов, возможно, позволит углубить наши знания о генезе других психических расстройств. Для решения основных проблем, связанных с проявлениями истерии, необходимы эмпирические исследования, ценность которых зависит от соблюдения определенных методологических правил. В связи с этим значительную часть работы мы посвятили вопросам методологии, тем более что в мировой и польской литературе ощущается большой недостаток сведений в этой области. Использование достижений польских методологов и психологов, особенно

авторов теории личности, дало возможность включить истерию в рамки более однородной теоретической системы. Представленные в книге концепции структуры, регуляционно-интеграционных функций истерической личности, истерических механизмов и патогенеза истерических симптомокомплексов носят характер гипотез и требуют эмпирической проверки, тем более что следствием их являются определенные терапевтические выводы.

В работе синтезированы достижения психиатрии в области теории и исследования истерии. Ограниченный объем книги не позволяет шире систематизировать и обобщить опубликованные до настоящего времени результаты исследований, а также детально критически оценить существующие взгляды и разногласия. Свои теоретические и методологические концепции и обозначенное ими направление дальнейшего научного поиска я расцениваю как предложение к дискуссии по существу.

Исследование истерии предпринято мною по инициативе и под руководством моего учителя профессора Антони Кемпиньского, сотрудником которого я был в 1963—1971 гг. и вдохновляющей заботе и вниманию которого я обязан. При написании книги мне помогали профессор I. Wald и доцент S. Puzynski. Критические замечания д-ра J. Zadecki значительно повлияли на формирование моих взглядов относительно сущности истерических феноменов. За искреннюю помощь в получении литературных источников и обмен мыслями и взглядами я благодарю также W. Abse, H. Ansbacher, E. Fromm, S. Slavson, E. Straus (США), W. Blankenburg, (ФРГ), G. Condrau (Швейцария), Jin-Inn-Teoh (Малайзия), Преодолеть трудности перевода текстов немецких экзистенциалистов и средневековых латинских оригиналов мне помогли д-р Z. Jaroszewski и д-р R. Zeranski.

Всем выражаю глубокую признательность и сердечную благодарность.

Особо я признателен своей жене Лигии за терпение и снисходительность, а главное — участливое внимание, без которого эта книга не была бы написана.

Варшава, 4 ноября 1977 г.

Анджей Якубик

1. Введение в теорию и методологию

Истерия
Якубик А.

1. ВВЕДЕНИЕ В ТЕОРИЮ И МЕТОДОЛОГИЮ

Быстрое развитие естественных и общественных наук и возникновение все новых отраслей знаний, а также многих разделов в пределах одной лишь психиатрии требуют не только знания конкретной проблематики, но и умения свободно ориентироваться в разнообразных научных дисциплинах.

Справедливые постулаты интеграции наук и междисциплинарного подхода к явлениям действительности ставят специалистов различных областей (например, психиатрии, нейрофизиологии, психологии, социологии, кибернетики) перед необходимостью общения, т. е. сопоставления терминологии, понятийного аппарата, методологии и предмета исследования. Это позволяет лучше решать многие конкретные проблемы, сходства которых раньше не замечали из-за

интереса к другим областям и различий терминологии. Типичным примером существующего до сих пор разграничения отдельных дисциплин служат психиатрия и психология. Этот факт тем более удивителен, что психиатры много раз декларативно заявляли, что они понимают необходимость объединения этих двух — отраслей знаний о человеке. Нельзя считать осуществлением этих заявлений включение более или менее развернутых сведений из общей психологии (впрочем, обычно относящихся к традиционной психологии периода атомизма, ассоциационизма и интроспекционизма) в учебники клинической психиатрии. Часто под интеграцией ошибочно понимают тенденцию к эклектическому объединению в одно целое всех знаний по данной теме без учета содержащихся в них теоретических принципов. Иногда встречаются авторы, понимающие под интеграцией сведение нескольких дисциплин к одной, хотя, как известно, интегральный и междисциплинарный подход совсем не исключает своеобразия отдельных наук, а лишь дает возможность наметить и решить общие проблемы. Поэтому опасения некоторых психиатров в отношении того, что тесная связь с психологией или социологией приведет к ликвидации специфики клинической психопатологии, являются ^необоснованными. Проявлением непонимания сущности интеграции служит также участие разных специалистов в написании единой работы, каждая часть которой основана на различных теоретически-методологических принципах (так называемый переплетный синтез; Neymann, 1975).

Попытка интегрального подхода к истерии влечет за собой необходимость применения синхронического и диахронического анализов, а также точного знания развития ее проблематики. Правильной оценке в этой области могут помочь достижения наукометрии и общей методологии наук.

Истерия
Якубик А.

1.1. Модель развития проблематики истерии

1.1. МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ИСТЕРИИ

Первой в Польше разработкой подхода к научной проблематике на основе модели мы обязаны Nowakowska (1975). Среди предложенных моделей наиболее интересна та, в которой автор допускает, что проблематика в данной области состоит из определенного числа проблем. Это позволяет проводить эмпирический анализ в рамках модели развития эпидемии в ограниченной популяции. Так, процесс изменения числа публикаций по данной тематике представляется как «эпидемия», в которой новому «заболеванию» соответствует появление новой работы в результате «заражения» определенной идеей. Модель основана на аналогии между гипотезами о механизме развития эпидемии («скорость распространения эпидемии тем больше, чем больше число больных в настоящее время, и тем меньше, чем больше людей уже переболели», т. е. чем меньше осталось лиц, подверженных болезни¹) и гипотезами о механизме развития «популяции научных работ по определенной теме» (скорость роста общего числа работ по данной теме тем больше, чем больше работ по этой теме опубликовано за последнее время, и тем меньше, чем больше в совокупности работ появилось до настоящего момента», т. е. чем более исчерпана данная

проблема²). Поэтому можно предположить, что число публикаций по данной¹ теме должно вначале возрасти до определенного максимума, а затем постепенно снижаться по мере исчерпания темы. На основании этих принципов автор построила соответствующие теоретические модели, рассчитала предполагаемую конфигурацию кривых и после оценки ряда параметров составила прогнозы изменения числа работ, посвященных тестам Wechsler, теории игр и т. п.

Отсутствие полной библиографии работ по теме истерии не позволяет целиком оценить описанную модель и применимость ее для анализа интересующих нас явлений. Собранные нами (на основании 3 источников: Index Medicus, Excerpta Medical, Psychological Abstracts) ориентировочные данные, охватывающие 1960—1975 гг. (841 название), показывают, что наибольшая активность в исследовании истерии приходится на 1961—1965 гг. (407 названий), а затем проблематика постепенно «исчерпывает себя» [Jakubik, 1975]. Период наибольшего роста числа публикаций, вероятно, связан с расцветом методов бихевиоральной терапии, часто применявшейся при некоторых моносимптоматических истерических расстройствах [Meyer, Chesser, 1973]. Спад, возможно, связан также с уменьшением интереса к проблеме истерии в пользу шизофрении, аффективных заболеваний, биохимических исследований и т. д. Это косвенно подтверждает необходимость применения для прогнозирования развития данной проблематики еще и другой модели, включающей сведения о механизме выбора проблемы научным работником в зависимости от трудности темы, способностей ученого и определенных мотивационных факторов [Nowakowska, 1975, 1977]. Замедление развития определенной проблематики вызывается не только решением всех вопросов, но и многими другими причинами. Для лучшего объяснения этого процесса мы будем опираться на понятие микропарадигмы, определяемой [по аналогии с парадигмой Kuhn (1968)] как «совокупность принятых данной группой или данным лицом теоретических убеждений или методов исследования, служащих источником проблем и решений на основе модели» [Nowakowska, 1975]. Микропарадигма — это, говоря проще, теория, гипотеза или метод исследования, принятый определенной группой лиц (например, теория познавательного диссонанса Festinger, классическая теория условных рефлексов И. П. Павлова). Так же как парадигма в концепции Kuhn, микропарадигмы некоторое время существуют, а затем вытесняются новыми. «Вымирание» микропарадигмы — это исключительно падение интереса, проявляющегося замедлением темпа роста числа публикаций на данную тему. Важнейшие причины упадка микропарадигм, в частности, следующие: решение всех проблем, рост стоимости исследований, избыток научной информации, тормозящая роль исследовательских коллективов (например, «зажимание» новых идей), ошибочность теории или разочарование в ее слабых объясняющих возможностях, достижение «потолка» метода исследования, а также появление новой микропарадигмы с другими или более высокими познавательными достоинствами.

Проблематика истерии состоит из нескольких микропарадигм, включающих, например, динамический, бихевиоральный, феноменологический и другие подходы. Динамика развития этих микропарадигм указывает на их «отмирание» [Jakubik, 1975]. С практической точки зрения не следует выбирать отмирающую проблематику, т. е. не стоит предпринимать исследование истерии с позиций динамической, бихевиоральной или феноменологической психиатрии.

Вследствие неполноты библиографических данных за анализируемый период к последнему выводу следует относиться очень осторожно, тем более что выбрать новую микропарадигму нелегко.

Интересны данные анализа польской литературы по истерии за 1945—1975 гг. В этот период опубликовано 46 работ (включая соответствующие разделы учебников психиатрии). Оказывается, на протяжении 30 лет динамика изменения числа публикаций существенно не меняется и прежде всего не проявляет тенденции к снижению [Jakubik, 1975]. Объединив условно проблематику истерии в Польше в одну микропарадигму — «описательно-клинический подход», можно утверждать, что она характеризуется более или менее одинаковой степенью развития, что свидетельствует скорее о ее «жизнеспособности», чем о «вымирании». В чем причина этого? Развитие микропарадигм поддерживается чаще всего тремя факторами: 1) теоретической или практической применимостью данного метода или теории; 2) новизной микропарадигмы; 3) легкостью быстрого и поверхностного понимания микропарадигмы, которая позволяет заменить интеллектуальное усилие стереотипом [Nowakowska, 1975]. Исключив; второй фактор, можно обсудить остальные возможности. Однако, познакомившись ближе с качеством упомянутых научных работ, мы склоняемся к мнению May (1972) о том, что рост числа публикаций связан главным образом с работами типа дополнений и повторений, не представляющими собой вклада в науку. В мировой и, к сожалению, в польской литературе об истерии решительно преобладают описания клинических наблюдений, работы обзорного характера и исследования, основанные (без соблюдения основных методологических правил) лишь на методах клинического обследования, т. е. труды, которые в лучшем случае только подтверждают существующий уровень знаний. Публикации, содержащие новые мысли и идеи, составляют лишь небольшую долю всей литературы по этому вопросу [например, Brzezicki, 1945; Wdowiak, 1955; Uszkiewiczowa, 1966; Kepinski, 1972; Nowicka-Gawecka, 1975].

Критическое мнение относительно ценности работ по истерии углубляется при проведении более детального анализа с учетом требований современной научной методологии [Hempel, 1968; Kmita, 1976a, 1976b; Nikitin, 1975; Siemianowski, 1976; Such, 1975a, 1975b; Sztompka, 1973].

1.2. Методологические вопросы исследования истерии Истерия Якубик А.

1.2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТЕРИИ

В мировой и польской литературе по психиатрии, касающейся истерии, уже на протяжении десятков лет наблюдается теоретический и методологический регресс, впрочем, являющийся отражением кризиса психиатрии в целом. Клинические исследования истерии не только не расширяют наших научных знаний в этой области, но представляют собой даже шаг назад по сравнению с развитием других наук о человеке. В них обнаруживается много серьезных недостатков и методологических дефектов, довольно значительно расходящихся с правилами, обязательными для процесса научного исследования [Brzezinski, 1975, 1976; Nowaczyk, Zofnowski, 1974; Nowak, 1970; Pawlowski, 1966]. Ошибки

и недостатки можно обнаружить на всех этапах научного исследования, понимаемого как исследовательский процесс с определенными структурой, функцией и целями. Обсудим их поочередно, соблюдая разделение процесса научного исследования на 8 этапов: 1) формулировка задачи исследования; 2) определение исследуемых переменных величин; 3) формулировка исследовательской гипотезы; 4) выбор метода исследования; 5) выбор и (или) создание «инструмента» для измерения переменных; 6) отбор группы обследуемых лиц; 7) проведение исследования; 8) статистический анализ эмпирических данных.

Самым серьезным недостатком клинических исследований в психиатрии является отсутствие достаточно ясной, однозначной и способствующей появлению определенных гипотез формулировки задачи исследования. Исследовательская задача—это комплекс вопросов, ответ на которые должно дать исследование [Nowak, 1970]. Поэтому правильность и точность в постановке вопросов очень важны. Часто невозможность ответить на некоторые вопросы зависит не от недостатков методов исследования в данной области, а объясняется неправильной постановкой вопросов. Отсюда вывод, что «предпосылку грамотной постановки вопросов следует воспринимать как предпосылку научной грамотности вообще» [Cackowski, 1964, с. 21]. В науке допустимы лишь два типа вопросов, они в соответствии с классификацией Ajdukiewicz (1965) называются вопросами-решениями и вопросами-дополнениями. Вопросы-решения не содержат вопросительных слов, на них можно дать только два ответа: «да» или «нет». Вопросы-дополнения требуют выбора ответа из большего числа альтернатив, при этом круг возможных ответов определяют использованные вопросительные слова: «где?», «откуда?», «куда?», «сколько?», «когда?», «почему?», «зачем?», «отчего?», «кто?», «что?». В вопросах-дополнениях речь идет об определенной категории явлений с косвенным обозначением направления поиска и метода получения ответа. Формулировка задачи исследования должна в принципе принимать вид вопросов-решений, дающих уверенность, что они правильно поставлены.

В публикациях на тему истерии, к сожалению, преобладают вопросы типа: «Что мы знаем о...?» (например, «Что мы знаем об истерии?»), или «Что это такое...?» (например, «Что такое истерический невроз?»). В науке такие вопросы беспредметны и обычно заводят в дебри семантики и лексикографии. Например, многие работы начинаются с постановки вопроса: «Что такое истерическая личность?», после чего идет обсуждение высказываний десятка, а то и нескольких десятков авторов с добавлением своего мнения. Следующий автор приводит на одно высказывание больше, добавляя, конечно, свое. Так происходит «развитие специальной литературы». Какая же в действительности истерическая личность (в действительности, которую мы должны исследовать), неизвестно, так как выбор предмета исследования зависит от принятых (читай: предполагаемых) значений слов.

Очень часто встречается чрезмерно широкая постановка задач или формулирование их на слишком обобщенном уровне, в связи с чем из них непосредственно не вытекают научные гипотезы. Дополнительные трудности появляются в случае неясного определения понятий, используемых при формулировке задач. Характерно отсутствие каких-либо определений в отношении таких основных понятий, как, например, «истерическая личность», «истерическая реакция», «истерический невроз», «истерическое поведение»

и т. п. Авторы полагают, что все читатели идентичным образом понимают значение этих терминов. В практике это ведет к утрате межсубъективного контроля результатов исследования, поскольку каждый раз предметом исследования становятся разные явления (например, результаты даже двух авторов, использующих различные диагностические критерии, несравнимы). До тех пор, пока в психиатрии не будет унифицирована терминология, следует всегда давать объяснения отдельным терминам; это позволит понимать их однозначно и предупредит ошибки, возникающие вследствие предполагаемой интуитивной общности понятий, объединяющей всех психиатров.

Дефиниция объясняет значение термина, который мы называем определяемым (*definiendum*), а словосочетание, включающее значение термина, — определением (*definiens*). Как известно, психопатологическое понятие не всегда удастся определить таким образом, чтобы это не вызывало сомнений. В частности, неясность и неточность присущи и таким понятиям, как «истерический психоз» и «истерический невроз». Стараясь избежать объяснения «неизвестного неизвестным» (т. е. приведением в определении признаков, значение которых недостаточно ясно), часто прибегают к определению, например, истерической личности с помощью простого перечисления признаков (театральность поведения, эмоциональная незрелость, подверженность приступам злобы, переменчивость настроения и т. п.), составляющих содержание этого понятия. Нередко понятие «истерическая личность» определяют из контекста [Nowak, 1970], в котором значение термина не объясняется прямо (например, вместо определения, что такое истерическая личность, приводится словосочетание, близкое по содержанию: «вести себя истерично»). В психиатрической литературе иногда встречаются определения-тавтологии, т. е. фразы, достоверность которых гарантируется значением входящих в них терминов [Ajdukiewicz, 1965]. Такие тавтологии эмпирически непроверяемы; например, нет такого наблюдения, которое могло бы опровергнуть тезис, утверждающий, что «пациент, который является истерической личностью, ведет себя демонстративно и театрально», так как истерическую личность мы определяем как личность, проявляющую демонстративное и театральное поведение. Однако встречаются клинические исследования, в которых такую (или подобную) тавтологию пытаются подтвердить или опровергнуть эмпирическим путем.

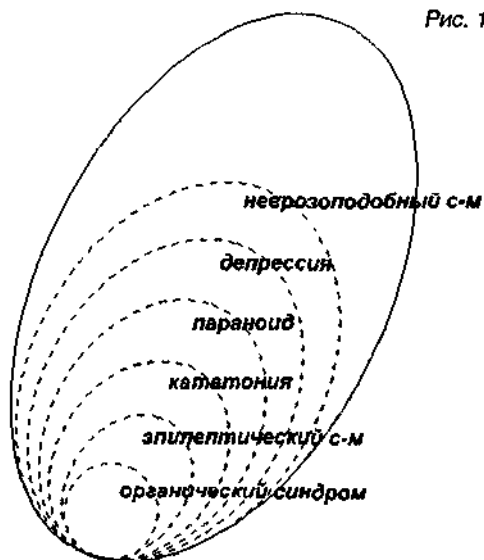
В некоторых коллективах исследователей наблюдается прямо противоположная тенденция: излишняя сосредоточенность на уточнении психопатологических понятий и придание уже существующим терминам более точных значений. Утверждения, что логически-семантические изыскания имеют большее наукообразующее значение, чем исследовательская (в узком смысле слова) работа, проистекают из традиций крайнего эмпиризма и неопозитивизма. Ныне преобладает мнение, что, кроме предварительного определения терминологических условностей, семантически-терминологический анализ не содействует развитию науки. Психиатрия пользуется понятиями разговорной речи и других дисциплин (в том числе медицинских, а также психологии, социологии и т. п.) и, быть может, поэтому не установила таких основных понятий, которые были бы полезны в построении теорий и определении предмета исследований. Пока мы пытаемся подбирать определения на основе предполагаемых значений терминов (например, с термином «истерическая личность» связаны привычные ассоциации с общеизвестным понятием

«истерик»).

В последнее время в общественных науках придается значение такой формулировке задачи исследования, чтобы содержащиеся в ней понятия были достаточно операциональными [Brzezinski, 1975; Hempel, 1968]. Операциональное определение значения понятия состоит в характеристике его путем выделения действий (операций), нужных для измерения этих понятий (например, утверждение, что истерические личности — это те, кто при оценке по шкале x получили n условных единиц). В клинических работах, посвященных истерии, еще не встречаются грамотные операциональные определения. Это связано с тем, что психиатрия — теоретически и методологически малоразвитая дисциплина. Нам кажется, что там, где это возможно, следует предпринимать попытки такого рода. Основываясь на формуле, приведенной Kojder (1976), можно оперативно определить, например, термин «психопатия». Из контекста, в котором мы употребляем этот термин, должно вытекать, что он относится к какому-то свойству, которое можно приписать некоторым лицам. Затем надо определить, о каком роде поведения идет речь и в каких условиях оно будет наблюдаться. Скажем, лицо X «психопатично», если в условиях выбора двух видов поведения (A , состоящего в соблюдении норм, и B , состоящего в недостаточном соблюдении их) оно выбирает поведение $B1$ относящееся к виду B , и отвергает поведение $A1$ относящееся к виду A . Таким образом, степень «психопатичности» будет определена как степень вероятности, с которой лицо X в ситуации S выберет поведение $B1$; которое относится к виду B .

В клинических работах обнаруживаются серьезные недостатки в плане определения характера исследуемых переменных. В большинстве работ не выделяются вообще никакие переменные. Это результат использования метода клинического наблюдения, избегающего каких-либо ограничений объекта наблюдения (т. е. пациента). Этот тип неуправляемого и неконтролируемого наблюдения не требует выделения никаких переменных, но данные, полученные клиническим методом, не характеризуются своеобразием, объективностью, воспроизводимостью или репрезентативностью. Не обследуя никогда идентичным образом двух больных с истерическими расстройствами, трудно отграничить различия, обусловленные методом исследования, от действительных различий между обследуемыми. Таким образом, клинический метод не соответствует основным требованиям научного наблюдения. Поэтому будущее психиатрии зависит скорее от внедрения клиницистами экспериментальных исследований. Экспериментальный подход отличают три главные особенности: 1) контроль независимых переменных; 2) возможность манипулирования как минимум одной из независимых переменных; 3) возможность распределения обследуемых по группам (экспериментальным и контрольным). Отсутствие любой из этих отличительных черт превращает настоящий эксперимент в «квазиэксперимент» [Brzezinski, 1975].

В соответствии с предложением Lewicki (1963), поддержанным Brzezinski, любую частную психологическую задачу можно выразить с помощью формулы:



где R — реакция (зависимые переменные); S — раздражитель (независимые переменные); O — факторы организма обследуемого (гипотетические промежуточные переменные); f — знак функции.

Из уравнения $R = f(S, O)$ (читай: реакция — это функция раздражителей и факторов организма) следует, что задачей экспериментатора является установление зависимости R от S, а затем выяснение закономерностей, обнаруженных в поведении, с помощью соответствующим образом подобранных внутренних факторов O. Следует подчеркнуть, что независимые переменные, которыми пользуется экспериментатор, представлены в форме экспериментальных (контролируемых экспериментатором) и побочных (неконтролируемых) переменных.

С точки зрения доступности наблюдению исследователя различают непосредственно наблюдаемые (т. е. непосредственно измеряемые) и косвенно наблюдаемые (измеряемые с помощью показателей) переменные. Показатели переменных используются в тестовых исследованиях. Показателем какого-либо явления Z (например, эмоциональная возбудимость) мы называем такое явление W (например, кожно-гальваническая реакция, параметры которой определяют по шкале гальванометра), при наблюдении которого безусловно (или только с некоторой долей вероятности) можно заключить, что произошло явление Z [Nowak, 1965a]. Более подробные данные по этому вопросу можно найти в литературе [Brzezinski, 1975; Nowak, 1965a, 1965b; Nowaczyk, Zofnowski, 1974].

Нам представляется, что упомянутая общая формула, предложенная Lewicki (1963), может составить удачную основу для клинического исследования истерии, предпринятого в рамках экспериментальной исследовательской методики. Она, вероятно, облегчит определение характера переменных (конечно, правильно и логично очерченных), что поможет выдвинуть адекватные гипотезы и подобрать соответствующий «инструмент» для исследования.

Ошибки, совершенные на ранних стадиях исследования (например, плохо поставленные задачи исследования, неопределенные исследовательские переменные), приводят к трудностям в формулировании исследовательской гипотезы. Отсюда в работах по психиатрии, посвященных истерии, чаще всего

нет вообще никаких гипотез (!) или эти гипотезы ненаучны, так как, например, не поддаются эмпирической проверке, не опираются на теорию и предшествующие исследования, плохо сформулированы и т. п. Часто эти гипотезы специально создаются «по случаю», чтобы объяснить, почему «данное явление, которое теоретически не должно было возникнуть, возникло (или, наоборот, должно было возникнуть, но не возникло)» [Such, 19755, с. 46]. Особую изобретательность в этой области проявляли представители психоанализа, которые в признанные психоаналитические концепции вносили соответствующие сиюминутные модификации. Осуществление предшествующих этапов научного исследования, т. е. определение задач, характеристика исследуемых показателей, формулирование гипотезы (или гипотез), обычно позволяет предпринять следующий шаг, т. е. выбрать метод исследования, имеющий целью проверку данной гипотезы. Как упоминалось ранее, клинический метод (различные формы неконтролируемого наблюдения) не соответствует требованиям, предъявляемым к науке современной методологией, хотя для прикладных целей, например для лечения больных истерическими психозами и неврозами, он может быть вполне достаточным. Клинический метод не расширяет научного познания, а лишь подтверждает существующее состояние вопроса, переполняя мировую литературу большим числом описаний клинических случаев. В литературе последних 10 лет иногда можно встретить довольно качественные работы, основанные на ретроспективном исследовании. Этот метод состоит в наблюдении и описании двух групп лиц, отличающихся по зависимой переменной, и в анализе их индивидуальных биографий с целью поиска независимых переменных (общих факторов, имевших место в прошлом), которые, по мнению исследователя, могут иметь существенное влияние на зависимые переменные [Brzezinski, 1975]. Ретроспективные исследования отличаются большой неточностью, отсутствием объективного контроля главной независимой переменной и побочных переменных, нарушающих ее влияние. Единственно возможный путь улучшения этого метода — совершенствование исследовательских методик, т. е. прежде всего сбора анамнеза, и увеличение численности исследуемых групп [Brzezinski, 1975]. Этот подход широко распространен в медицинской психологии и используется в психиатрии. В исследуемые группы подбираются лица с определенными нарушениями поведения (например, с диагнозом истерической личности) для того, чтобы, анализируя индивидуальные биографии, выявить причинные механизмы данного, например истерического, нарушения поведения. Параллельно (не всегда) анализируют группу лиц, у которых не наблюдается нарушений поведения этого типа. По мнению Brzezinski (1975), единственным методологически наиболее правильным исследовательским методом является экспериментальный подход, представляющий собой модель, к которой стремятся общественные науки. Об этом виде подхода к исследованию мы уже упоминали; подробная разработка этой проблемы содержится в литературных источниках [Brzezinski, 1975, 1975b, 1976]. Следует полагать, что это тот путь, по которому должны идти и психиатры в попытках исследования проблематики истерии.

Независимо от избранного метода исследования существенным элементом процесса научного исследования является отбор обследуемых. Он может быть целенаправленным (т. е. по рекомендации самого исследователя или эксперта, например психиатра, отбирающего определенную группу психически больных), добровольным или случайным (отбор жеребьевкой репрезентативной группы в популяции). Признано решительное превосходство последнего метода.

Одновременно рекомендуется придерживаться принципа парного отбора в экспериментальную и контрольную группы. Пока это скорее идеальное методологическое требование, далекое от действительности и не осуществленное до сих пор в психиатрических работах по истерии.

Дополнительные затруднения возникают в связи с тем, что исследования ведутся в пределах определенной психиатрической клиники, так что практически исследователь не располагает группой, в которой можно проводить жеребьевку. По необходимости почти всегда применяется целенаправленный отбор, поэтому выводы на его основании следует делать осторожно: такой отбор искажает картину популяции, не говоря о том, что психиатры — плохие эксперты в отборе обследуемых, хотя бы из-за различия диагностических критериев.

Принципиальной составной частью научного исследования является выбор и прежде всего создание новых «инструментов» для измерения исследуемых переменных. В последние годы наблюдается более критическое отношение к тестовым методикам, особенно личностным вопросникам [Sanocki, 1976], в том числе основанным на факторном анализе [Nowakowska, 1975; Paszkiewicz, 1976]. Это склоняет к попыткам создания более совершенных методик, но, пожалуй, уже не универсального характера, а приспособленных к решению отдельных задач исследования. Одновременно уточняются все более строгие правила построения тестовых методик, в частности вопросников [Brzezinski, 1975; Nowakowska, 1975; Sanocki, 1976]. В то же время возрождаются прожективные тесты [Rembowski, 1976], связанные с развитием познавательных теорий личности. В свою очередь в клинической психиатрии появляется тенденция к объективизации метода клинического наблюдения, проявляющаяся созданием различных шкал оценки психического состояния, а также разработками стандартизованного психиатрического обследования. Однако интерес авторов направлен исключительно на проблематику шизофрении, аффективных состояний и оценку эффектов психофармакологического лечения, а не на психопатологию истерии. Даже «Клинический перечень симптомов», разработанный Siwiak-Kobayashi (1974) для невротических синдромов, учитывает, и то в неполном объеме, только конверсивные проявления.

Даже не принимая во внимание несовершенство методик оценки психического состояния (например, недостаточные точность и достоверность шкал оценки, слабая подготовка оценивающих лиц, ошибки оценки, в том числе ошибка центральной тенденции, ошибка «мягкости», эффект «алло»), путь создания разнообразных оценочных шкал, стандартизированных обследований и листов наблюдения не наилучший, так как не имеет никакой эвристической ценности и тем самым не создает теоретически-методологических перспектив исследования истерии. Таким путем нельзя выйти за пределы замкнутого круга метода клинического наблюдения. Общий анализ причин такого состояния вещей и предложения по направлению поиска более конструктивных решений приведены в двух следующих разделах этой главы.

Очередной этап процесса научного исследования — проведение (осуществление) исследования в соответствии с принятым планом исследования. Как уже подчеркивалось, оптимальным выбором при исследовании истерии представляется экспериментальный план. Непременным условием методологической правильности экспериментального плана является его внутренняя и внешняя четкость, без которой нельзя интерпретировать

полученные результаты [Campbell, 1957]. Соблюдение всех критериев внутренней и внешней четкости — вот идеал, к которому должен стремиться каждый исследователь. В практике, однако, трудно избежать помех под влиянием процесса исследования в широком смысле слова. Случайные переменные, снижающие четкость эксперимента, являются результатом своеобразия экспериментальной ситуации, особенностей обследуемых и исследователя, а также следствием взаимодействия этих трех факторов. Подробное обсуждение этого вопроса, включая методы коррекции деформирующего влияния случайных переменных, можно найти в статье Mikolajczyk, Skarzynska (1976). Таблица, помещенная в работе Brzezinski, облегчит ориентирование в степени подверженности различных планов исследования влиянию определенных случайных переменных. Кроме того, автор детально характеризует достоинства и недостатки типичных планов исследования (например, классического экспериментального плана с контрольной группой, исходным и заключительным измерениями), что дает возможность выбора подходящего метода для клинических психиатрических исследований [Brzezinski, 1975].

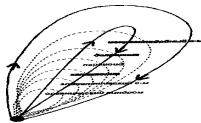
Схема проведения исследования как образец совершенства в области экспериментальных планов была разработана еще в 1949 г. Solomon (1949). Она обеспечивает контроль над случайными переменными. План Solomon является идеалом для исследования эффективности психотерапии, особенно если нужно исключить влияние первого тестового обследования, т. е. контролировать «сенсibiliзирующее» действие исходного изменения [Czabala et al., 1973; Brzezinski, 1975, 1975b]. В связи с возможностью применения плана Solomon для оценки эффективности различных психокорректирующих мероприятий (например, применяемых больным истерическими неврозами или истерическим личностям) познакомимся с ним ближе.

Контроль эффективности психотерапии или других психокорректирующих мероприятий (как и оценка эффективности, например, психофармакологического лечения) осуществляется обычно по следующей схеме: в целенаправленно (лучше случайным методом) подобранной группе больных оценивают выраженность определенной зависимой переменной (например, установок) перед применением психотерапии (исходная оценка) и после него (заключительная оценка). Сравнение полученных результатов создает основу для положительного или отрицательного ответа на вопрос об эффективности лечения. Этот принцип не всегда верен, так как часто между исходной и заключительной оценками на зависимые переменные могут влиять не только лечебные мероприятия, но и другие факторы, например, периодическое назначение медикаментов во время психотерапии, конфликты больных с окружением, спонтанные соматические изменения и т. п. Влияние этих факторов можно исключить, используя отобранную жеребьевкой контрольную группу. Однако это не решает вопроса о контроле над другой важной побочной переменной — повышением чувствительности обследуемых в результате исходного обследования [Brzezinski, 1975]. Можно с основанием допустить, что оценка, например, установок как зависимой переменной сама по себе влияет на настроение обследуемого (содержание применяемой шкалы, личность исследователя и т. п.). Сенсibilизация проявится в том, что больные начнут анализировать свои поступки, поведение по отношению к другим людям, уточнять иерархию ценностей и т. п., чего до сих пор они не делали. Отсюда вывод, что повышение чувствительности может в определенной степени

повлиять на изменение установок. Таким образом, изменение установок больного может быть обусловлено тремя факторами: влиянием психотерапии, сенсibiliзирующим исходным обследованием и взаимодействием и того и другого [Brzezinski, 1975b]. Поэтому необходимо найти такую методику, которая позволит точно определить степень влияния указанных факторов, а также самой психотерапии на зависимую переменную. Достижение этой цели обеспечивает исследование, проведенное по схеме, разработанной Solomon (1949).

По плану Solomon необходимы 4 группы обследуемых: две экспериментальные (А и С) и две контрольные (В и D).

Схема представляется в следующем виде [Brzezinski, 1975b]:



где X — экспериментальная манипуляция независимой переменной (здесь — психотерапия); —X — отсутствие действия независимой переменной (здесь — контрольная группа, не подвергаемая психотерапевтическому воздействию); Yp — исходное измерение (оценка), выполненное перед началом экспериментального воздействия (например, оценка установок с помощью семантического дифференциала Osgood. — См. Siwiak-Kobayzshi, 1974; Czabala, 1976); Yk — заключительное измерение (оценка), проведенное после введения независимой переменной (здесь — после проведения психотерапевтических воздействий); цифры при Y, например Y1P, Y4k, обозначают порядковый номер группы. При составлении групп должен соблюдаться принцип случайности (использование жеребьевки как при отборе из популяции, так и при распределении в экспериментальную и контрольную группы).

Исследование проходит в три этапа: 1) проведение исходного измерения в группах А (первая экспериментальная) и В (первая контрольная); 2) проведение психотерапии в группах А и С (вторая экспериментальная). В группах В и D (вторая контрольная) не проводят ничего или применяют плацебо; 3) проведение заключительного измерения (оценки) в группах А, В, С, D. Таким образом, план Solomon позволяет оценить возможное изменение установок под влиянием психотерапии (путем сравнения соответствующих групп), обеспечивает контроль и статистическую сравнимость групп (благодаря случайной выборке) и контроль всех факторов, нарушающих точность эксперимента. В обработке полученных результатов следует применять вариационный анализ в функциональной системе 2x2 (с абсолютно случайной выборкой), позволяющий тестировать порознь статистическую значимость отдельных факторов и их взаимодействие. Детали содержатся в работах Brzezinski (1975, 1975b).

Предложения Solomon относительно вариационного анализа приводят нас в обширную область математической статистики и ее применения для оценки результатов исследования. Статистический анализ эмпирических данных и формулирование выводов составляют последнюю стадию научного исследования. Обзор психиатрической литературы по истерии в плане применения статистических методов не склоняет к оптимизму, тем более, что

проявляющиеся в этой области тенденции служат непосредственным отражением взглядов, господствующих в психиатрии. В исследованиях авторов, занимающихся проблематикой истерии, можно выделить две основные тенденции: отрицание ценности математической статистики для исследований на ниве психиатрии и беззаботное, с чрезмерным энтузиазмом ее применение. Полный отказ от статистических методов, обычно сочетающийся с заявлениями, что «психические проявления уникальны, неповторимы и поэтому их нельзя свести к математическому описанию», является результатом неосведомленности в этой области, что ведет к ошибочному отождествлению статистики с цифровой обработкой фактов. А ведь описательная статистика — это только один из разделов статистики, гораздо менее важный, чем, например, статистическое заключение; сегодня никто не предпринимает научных исследований без знания в совершенстве логических моделей тестирования статистических гипотез. Это наблюдается и в общественных науках. Необходимость проверки гипотез требует умения применять различные статистические методики, в противном случае мы вынуждаем себя заниматься чистой философией.

Противоположная тенденция, даже скорее «мода» на статистические методы, охватила другую группу психиатров, занятых проблематикой истерии. Однако подобная популярность статистики сопровождается не столько грамотным соблюдением правил ее применения, сколько, чаще всего, ошибочным убеждением в неограниченных возможностях использования статистических тестов. Нередко они призваны придать публикациям более «научный» характер (типично для исследований, проведенных в группах, состоящих не более чем из 10—30 больных) либо спасти ошибочно запланированную методику исследования. Частое явление — злоупотребление корреляционным анализом (например, по принципу «коррелировать все со всем») и составление далеко идущих выводов на основании обычно случайных корреляций. Прежде всего это встречается в работах, для которых характерны малое число обследованных и сбор данных с помощью стандартизованных вопросников, обследований или листов наблюдения. В этих случаях обычно без глубокого понимания разрешающих возможностей и недостатков метода [Nowakowska, 1975] применяют факторный анализ как «более современный». При выборе статистических тестов возникают многочисленные ошибки, если не учитывать факт, что тест должен соответствовать шкале измерения, форме кривой распределения вариантов, объему, количеству и характеру выборок. В этом причина использования таких статистических тестов, как «t» (критерий Стьюдента), или «F» (распределение Фишера), предназначенных для целенаправленных выборок, в то время как в их статистическую модель включен принцип случайной выборки или применение теста «хи-квадрат» в зависимых выборках вместо независимых и т. п. Это проявление незнания вопроса удивляет тем более, что литература по данному вопросу доступна [Goralski, 1976; Gren, 1970; Guildford, 1964; Hill, 1962; Lehman, 1968; Yule, Kendall, 1976].

Неправильный выбор статистического теста, отсутствие определения характера разброса выборки, подбор степени значимости уже после сбора и анализа данных, а также стремление к непосредственному подтверждению исследовательской гипотезы (отсутствие нулевой гипотезы) — довольно типичные ошибки, совершаемые в процессе тестирования статистической гипотезы. Ликвидация недостатков в области статистической оценки является

первоочередной задачей в стремлении к повышению уровня исследований истерии. С другой стороны, следует понимать, что статистические методы должны применяться обдуманно и с полным пониманием их недостатков [Cohen, цит. Wolman, 1965]. Всегда следует соблюдать как минимум три правила: 1) в клинических исследованиях использовать большие отобранные методом жеребьевки группы; 2) избегать односторонних статистических тестов; 3) осторожно пользоваться непараметрическими тестами (они могут не отвергать нулевой гипотезы, даже если она фактически ошибочна). Возможно, разнообразные дефекты методов проверки статистических гипотез являются причиной все более многочисленных высказываний в пользу замены их методами так называемой интервальной оценки [Brzezinski et al., 1976]. Независимо от дальнейших перемен в этой области правило, гласящее, что статистика должна служить психиатрии, а не психиатрия статистике, наверняка не изменится.

Представленный в очень кратком виде общий анализ методологических вопросов исследования истерии в клинической психиатрии наводит скорее на критические размышления и не сулит оптимистических выводов в будущем. Единственно вызывает надежду тот факт, что за последние три года появилась группа исследователей, осуществивших не только тематически интересные, но и соответствующие требованиям научной методологии работы [Alexiev, 1973; Czabala, 1976; Kuliszkiewicz, 1973; Siwiak-Kobayashi, 1974; Wolniewicz-Grzelak, 1975; Wysokinska-Gsior, 1975]. Исследования указанных авторов (психиатры и психологи) концентрируются на проблемах неврозов, нарушений личности и методов их эффективного лечения. Их достижения могут стать хорошей отправной точкой для тех, кого интересует психопатология истерии, и примером для тех из польских психиатров, кто понимает существенное значение методологической грамотности для развития психиатрии как науки.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что эвристическая ценность работ указанных авторов тесно связана с последовательной эмпирической проверкой разработанных ранее оригинальных теоретических принципов [Leder, 1972]. Это подтверждает фундаментальную роль теории в расширении наших научных познаний.

1.3. Познавательная ценность теории и учение об истерии

Истерия
Якубик А.

1 3 ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ ТЕОРИИ И УЧЕНИЕ ОБ ИСТЕРИИ

История взглядов на истерию служит хорошим примером извечного спора о значении теории для научного познания, продолжающегося в психиатрии до настоящего времени. Неудачные попытки теоретического объяснения накопленных в области психопатологии данных способствовали разочарованию во всяческих теориях. В этом одна из причин того, что в психиатрии до сих пор сохраняется влияние философии позитивизма с ее антитеоретической ориентацией. Безудержному развитию интроспективно-бихевиористской методологии, основанной на канонах позитивизма, оказались не в состоянии противостоять ни спекулятивная методология психоанализа, ни методология экзистенциалистских направлений. И даже, наоборот, увеличилось число

противников теории, ошибочно отождествляемой с чрезмерным абстрактным теоретизированием, столь типичным для спекулятивных психоаналитических рассуждений. Непонимание различий между бесплодным теоретизированием и добросовестным построением научной теории привело к убеждению, что в науке принимаются в расчет только факты, а теория в лучшем случае может ограничиться систематизацией и классификацией фактов, вовлечением их во все более общие категории. Это подтвердило мнение о том, что на основании методов клинического наблюдения можно формулировать лишь отдельные заключения о фактах, а не обобщенные гипотезы. Результаты этих взглядов — многочисленные бесполезные и даже противоречащие принципам логики классификации, например психопатий, встречающиеся в сегодняшней психиатрии, а также искусственные нозологические схемы, основанные на различных производно подобранных критериях [Jus, 1970; Panzetta, 1974]. А результат постоянного подчинения методологическим традициям позитивизма — классический атомизм, ассоциационизм, механицизм, крайний эмпиризм. Самым ярким выражением этого служат учебники психиатрии, в которых психопатология базируется на разделении психических явлений на элементы (атомизм), существующие отдельно или соединенные с другими по принципу ассоциации (ассоциационизм). Так, рассматриваются отдельно нарушения восприятия, мышления, воли характера, эмоций и т. п. Для воплощения идеи, требующей исходить из данного в опыте, все еще применяется метод клинического наблюдения, долженствующий служить непосредственной проверке отдельных суждений («атомов» знания) путем сравнения с элементарными единицами опыта («атомы» опыта). Такой классический атомистический эмпиризм [Such, 1975b] основан на принципе делимости опыта на такие элементы, как впечатления или факты.

Кропотливое накопление данных в результате многочисленных исследований малых фрагментов действительности привело к избытку частной информации, находящейся в «теоретическом вакууме». Развиваясь с позитивистским постулатом узкого эмпиризма, клиническая психиатрия начала проявлять типичные симптомы ненаучности: избыток фактов и недостаток теории. Ведь суть науки в систематической интеграции данных, а не только в регистрации фактов. Потребность объяснить накопленные данные вызвала усилия, направленные на создание, часто «по случаю», небольших теорий на очень низком уровне обобщения, т. е. не выходящих за пределы ограниченной группы фактов. Эти отрывочные теоретические концепции малоприменимы в интерпретации даже узкой проблематики, так как ведут не к согласованности взглядов, а скорее к росту числа новых концепций. Программное пренебрежение теорией фактически ведет к восприятию наиболее примитивных взглядов или поверхностных концепций, привлекающих логикой построения, лаконичной формой, сложной схемой классификации и трудной терминологией. Часто наблюдается некритичное принятие готовых образцов, предлагаемых зарубежными авторами. Проявлением теоретически-методологической беспомощности, особенно в польской психиатрии, является начавшийся недавно период эклектизма, т. е. более или менее свободного соединения различных теоретических концепций (например, объяснение истерической личности, согласно теории личностных черт, в соответствии с поведенческими принципами инструментального обусловливания или с помощью защитных механизмов динамического подхода). Эклектизм — признак дезинтеграции данной дисциплины (например, в психиатрии она проявляется возникновением все новых разделов, таких, как психофармакология, биохимия, генетика,

психотерапия, реабилитация, социальная психиатрия и т. п.) и отсутствия прочной теоретической базы. Поэтому попытки положительной оценки роли эклектизма в клинической психиатрии необоснованны, тем более что его роль в формировании теорий и углублении познания отрицательна.

Мощное влияние идей позитивизма и его антитеоретический характер существенно тормозят развитие клинической психиатрии как научной дисциплины. Поэтому современные взгляды на истерию по существу не отличаются от традиционных концепций более чем 50-летней давности и столь же мало применимы на практике. Отсутствие в этой области прогресса охотнее всего объясняют сложностью структуры психопатологических феноменов и истерических проявлений или проницательностью корифеев психиатрии (например, Кречмера), объяснивших почти все по этой проблеме. При этом забывают о том, что важнейшей задачей теоретических построений является поиск такой точки зрения, с которой предмет исследования представляется проще всего, и потому, чем более неясна и сложна психопатология истерии, тем более она требует обобщения. Позитивистский идеал детальных и надежных знаний должен смениться моделью общих, гипотетических (т. е. теоретических) знаний, требующих постоянного усовершенствования в зависимости от результатов эмпирической верификации. Трудно представить себе стремительное развитие таких дисциплин, как, например, генетика или физика, без гипотетической (до недавнего времени) теории генов или теории элементарных частиц. Так, допущение существования непосредственно не наблюдаемых явлений позволяет лучше понять, объяснить и предвидеть факты, доступные нашему наблюдению. Впрочем, психиатрия давно пользуется многими понятиями, представляющими собой гипотетические конструкции (например, личность, эндогенные факторы).

Часто причиной неприязни, особенно со стороны психиатров-практиков, к любым попыткам построения теории является попросту обиходное понимание термина «теория», имеющее определенную отрицательную окраску. К теории относятся как к спекулятивным рассуждениям, не подтвержденным эмпирическими данными (теория — противоположность эмпирии), как к «ненастоящей» науке (теория противоположна практике) или как к абстрактным, шатким, противоречащим здравому смыслу знаниям (теория противоположна конкретности, несомненным знаниям или житейской мудрости). Перечисленные обиходные трактовки понятия «теория» и различные научные значения (всего до 22) этого термина детально обсуждаются Sztompka (1971). Однако, несмотря на любое принятое нами значение этого термина, каждую теорию нельзя признать научной, если она эмпирически не проверяема, т. е. если она не подтверждается (верификация) или не опровергается (фальсификация) опытными данными [Such, 1975a].

На основании изложенных критических замечаний можно составить ошибочное мнение, что в психиатрии не возникали или не существуют какие-либо теоретические концепции. Так, в соответствии с методологическими директивами позитивизма были построены теории, основанные на позиции индукционизма, представляющего течение крайнего эмпиризма. К сожалению, эти директивы, кажется, действуют в психиатрии по сегодняшний день. Поэтому во взглядах на сущность истерии постоянно вместо критических общетеоретических построений преобладают догадки, символы веры и «молчаливые» допущения. Демонстрация более адекватного направления

поисков в этой области, особенно методов построения общей теории (в плане эмпирической, т. е. исходящей из опытных фактов и находящей в них обоснование, теории), требует хотя бы наброска широко понимаемого процесса научного исследования, внутренняя структура которого представлена выше (см. раздел 1.2).

Согласно данным Sztompka (1972), каждый процесс исследования можно представить как последовательность фаз: исследовательская проблема — эмпирическое исследование — построение теории — теория. Таким образом, процесс научного исследования складывается из двух основных этапов: эмпирического и теоретического познания, составляющих неразрывное целое. Этап эмпирического познания начинается формулированием проблемы исследования и заканчивается получением эмпирических данных по исследуемой проблеме. Этап теоретического познания начинается с момента получения эмпирических данных и заканчивается построением теории в области, к которой относится исследуемая проблема. В психиатрии обычно наблюдается разрыв единства двух этапов научного исследования, что ведет к созданию пустых понятийных схем, лишенных эмпирического содержания (например, концепции психоанализа или экзистенциалистской психиатрии), или к накоплению данных, не приводящих ни к каким выводам.

Методологическая модель процесса построения теории [Sztompka, 1972] состоит из следующих стадий: эмпирические данные — генерализация — научные законы — систематизация — теория (система законов). В эту модель входит как индукционистская точка зрения позитивизма, так и антииндукционизм (в том числе интересующая нас гипотетически-дедуктивная стратегия построения теории). Эти две позиции отличаются разным подходом к процессу генерализации (переход от суждений, касающихся эмпирических данных, к суждениям, охватывающим более широкий класс явлений, непосредственно не подвергавшихся исследованию) и процессу систематизации (связывание различных законов в единое целое). Индукционизм утверждает, что метод эмпирических наук — это наблюдение и индукция [Giedymin, 1959; Kotarbinska, 1961]. На основании наблюдения отдельных случаев делается с помощью так называемых канонов индукции общий вывод, касающийся новых, еще не наблюдавшихся случаев (умозаключение по аналогии) или всех случаев определенного класса (обобщающая индукция). Обоснованность выводов тем большая, чем больше наблюдалось случаев (при так называемой энумерационной индукции) или чем более разнообразные случаи рассматривались (при элиминационной индукции). Создающиеся таким образом научные законы вытекают из эмпирически верифицированных (индуктивно обоснованных) суждений. Процесс генерализации протекает в направлении расширения круга однородных объектов (например, от суждения об истерических механизмах у невротического больного X через суждение об истерических механизмах у всех больных в данной клинике, затем в городе, области и т. п.). Благодаря этому научный закон (обнаруженные закономерности) имеет более широкое приложение, чем эмпирические данные, на которых он основан.

В свою очередь процесс систематизации состоит в соединении отдельных законов в теоретическую систему по принципу общих элементов содержания (так называемая семантическая систематизация). Таким образом, суть индуктивной стратегии построения теории можно выразить правилом:

«Наблюдай и обобщай, а теория возникнет сама собой» [Sztompka, 1972].

Основными, кроме относящихся к теории познания, аргументами в пользу отказа от классического индукционизма Sztompka (1972) считает: 1) отсутствие в природе «чистых» фактов, т. е. совершенно свободных от теоретической интерпретации (например, даже содержащейся в применяемом понятийном аппарате); 2) одностороннее обоснование обобщений, полученных с помощью индукции, исключительно путем сопоставления с опытными данными (отсутствие возможности теоретического обоснования путем введения суждений, обоснованных другими, уже признанными суждениями); 3) процесс генерализации расширяет лишь круг объектов, но не проникает в сущность обсуждаемых явлений, например не объясняет их внутренний механизм; 4) процесс систематизации имеет не синтаксический, т. е. опирающийся на формальные логические связи между суждениями, а семантический характер.

Антииндукционизм утверждает, что метод эмпирических наук—это постановка и проверка гипотез. На основании критического наблюдения, направляемого сформулированной исследовательской проблемой, выдвигаются общие гипотезы, относящиеся к более широкому классу явлений. Затем эти гипотезы подвергаются эмпирическому (соответствуют ли действительности эмпирические данные) и теоретическому (оценивают совпадение с другими, принятыми ранее и более общими теориями) контролю [Sztompka, 1972]. Законы науки — это гипотезы, которые не удалось фальсифицировать (опровергнуть) [Giedymin, 1959]. Процесс генерализации протекает в направлении расширения круга разнородных объектов путем обобщения рассматриваемых свойств (например, от суждения о типичных симптомах истерического невроза, через суждение о клинических формах неврозов, суждение о видах психических расстройств и т. п.). Благодаря этому законы обладают более высокой степенью обобщения, чем эмпирические данные, на которых они основываются.

Процесс систематизации состоит в соединении закономерностей в теорию по принципу логической связи между суждениями (так называемая синтаксическая систематизация) [Sztompka, 1972]. В этом случае систематизация происходит путем выведения суждений с более низкой степенью обобщения из суждений с более высокой степенью обобщения, или менее элементарных из более элементарных [Nowak, 1965a].

Антииндукционизм включает в себя гипотетически-дедуктивную стратегию построения теории, расцениваемую всюду как современный исследовательский подход, обеспечивающий прочный синтез эмпирики и теории и углубляющий интерпретацию исследуемых явлений. Суть гипотетически-дедуктивной стратегии можно выразить правилом: «Выдвигай смелые теоретические гипотезы, а потом проверяй их эмпирически» [Sztompka, 1972].

Эту модель решения исследовательских проблем и построения теорий можно с успехом применить в психиатрии, а значит, и в интересующем нас подходе к исследованию истерии.

Однако возникают принципиальные вопросы: пригодна ли и оптимальна эта модель для психиатрии, учитывая своеобразие ее проблематики? Служит ли она достаточным критерием научности, позволяющим причислить психиатрию к научным дисциплинам? Дает ли она возможность исследовать

психопатологические процессы с соблюдением правила, сегодня, пожалуй, уже являющегося трюизмом, о необходимости анализа больного как в биологическом, так и в психологическом и социальном аспектах? Ответ на эти вопросы требует обсуждения методологического и эпистемологического (т. е. относящегося к теории познания) статуса психиатрии.

1.4. Возможная методологическая модель психиатрии

Истерия
Якубик А.

14 ВОЗМОЖНАЯ МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИИ

Проблема методологически-эпистемологической характеристики психиатрии сводится в принципе к определению ее отношения к естественным и гуманитарным наукам. В практике это проявляется постоянным вопросом, мучающим психиатров: в какой степени специфика психиатрической проблематики приближает ее скорее к искусству, чем к науке? [Kerinski, 1972b]. Преобладают крайние взгляды: одна группа психиатров призывает к использованию методологических образцов естествознания, другая высказывает мнение о принадлежности психиатрии к гуманитарным (чаще всего понимаемым как общественные) наукам. Только немногочисленные специалисты считают психиатрию особой по сравнению с другими наукой, однако не находят удовлетворительных практических решений. Отсюда в исследовательской практике появляются типично эмпирические работы, применяющие тесты, стандартизированные методики наблюдения, интерпретации и статистическую обработку [Aleksandrowicz, Trzepizur, 1977; Siwiak-Kobayashi, 1974], и неэмпирические работы, чаще всего — исследования клинического случая (интерпретирующие его обычно в рамках динамического, феноменологического подходов) или исследования, основанные на клиническом наблюдении, не соответствующие принципам ни репрезентативности, ни стандартизации. Описанные факты — свидетельство того, что психиатрия (как, впрочем, психология или социология) продолжает оставаться предметом спора между натуралистическим и антинатуралистическим направлением. В клинической психиатрии попытки решения этой дилеммы до сих пор теоретически достаточно глубоко не освещались.

Поэтому, предлагая методологическую характеристику психиатрии, мы воспользуемся достижениями других наук в этой области, особенно идеями, развиваемыми польскими методологами.

Натурализм — один из главных элементов позитивизма — приписывает гуманитарным наукам методологическую характеристику, аналогичную характеристике естественных наук. Напротив, антинатурализм подчеркивает своеобразие гуманитарных наук, отличающихся от естественных и математических дисциплин.

Специфически гуманитарным исследовательским процессом считается понимание (часто называемое осознанием, эмпатией, вчувствованием, интуитивным постижением), т.е. внеэмпирический процесс познания состояний человеческого сознания, являющегося предметом гуманитарных.

В психиатрии антинатуралистическое течение представляют, в частности, «понимающая» психиатрия Jaspers (1973), экзистенциальный анализ Binswanger (1968), феноменология Rogers (1951), антропологическая психиатрия Minkowski (1966). Поскольку практика была далека от постулатов натурализма, родилось направление, называемое редукционизмом, провозгласившее программу сведения (редукции) всех наук к единой системе знаний по примеру физики. Примером воплощения принципов редукционизма может быть бихевиоральная психиатрия. Противоречие натурализм— антинатурализм следует расценивать как фундаментальный спор о тождественности или специфичности психиатрии по отношению к естественным наукам.

Аргументация, используемая для поддержки той или иной точки зрения, разнообразна [Сагпар, 1969; Giedymin, 1964; Kmita, Nowak, 1968; Nagel, 1970; Ossowski, 1962]. По данным тщательного анализа Sztompka (1974), можно выделить следующие аргументы в пользу антинатуралистического направления в психиатрии: 1) исследования в психиатрии (как клинические наблюдения, так и экспериментальные процедуры) не соответствуют требованиям изолированности, манипулирования переменными, воспроизводимости в таких же условиях; 2) главные методы исследования — это интроспекция и понимание (постижение); 3) в объяснении психопатологических явлений психиатрия пользуется гуманитарной (т. е. так называемой понимающей) интерпретацией, включающей принцип рациональности действия субъекта; 4) функциональное объяснение, т. е. объяснение путем указания места и роли предмета на более широком фоне, — это основной метод интерпретации психопатологических феноменов; 5) закономерности, обнаруживаемые в психиатрии, не носят характера всеобщих законов; они имеют ограниченную область применения и определяют только статистическую вероятность проявления; 6) суждения в психиатрии формулируются нечетко и многозначно, часто основываясь на обиходном значении оценочных понятий и терминов (например, понятия «истерия», «истерик», «истерический» носят «осуждающий» оттенок); 7) теории в психиатрии не являются аксиомами и не имеют формализованного характера; 8) прогнозы (предвидение последствий принятых суждений) ненадежны и в практике применимы ограниченно; 9) развитие психиатрии осуществляется не путем систематического кумулирования очередных достижений, а скачкообразно («проскакивание» очередных этапов, случайные открытия в других областях, разработка заново одних и тех же вопросов и т. п.); 10) в психиатрии наблюдается выраженная междисциплинарная и внутренняя разобщенность (различные теоретические концепции).

Тезис об отличии психиатрии от естественных наук можно также доказать на основе антинатурализма с помощью онтологических (касающихся сущности исследуемого предмета) и эпистемологических (касающихся отношений субъекта и объекта) аргументов. С онтологической точки зрения психопатологические феномены отличаются индивидуальной неповторимостью, субъективностью и целостным характером (отдельные элементы зависят от своего места в совокупности, которую в свою очередь нельзя свести к сумме свойств элементов). Эпистемологическая аргументация заключается в признании ограничения познающего субъекта (влияние процесса социализации) и роли самосознания в познавательном процессе.

Сторонники натуралистической точки зрения стараются различным образом опровергнуть перечисленные антинатуралистические аргументы [Sztompka,

1974]. Они прежде всего утверждают, что подобные неточности и затруднения встречаются и в естественных науках, не исключая даже физику, астрономию или биологию. Проявляются они главным образом в виде ограниченных возможностей экспериментального манипулирования, использования функциональных объяснений, влияния самого процесса исследования на исследуемый объект (впрочем, в соответствии с принципом неопределенности Гейзенберга), скачкообразного развития [Kuhn, 1968] и т. п.

Натурализм утверждает, что между психологически-социальной и естественнонаучной реальностью нет различий, а иллюзорное ощущение этих различий — следствие наших ограниченных знаний. «Сложным кажется то, чего мы не знаем, уникальным — то, в чем мы не можем обнаружить повторяющихся аспектов, недетерминированным — то, причин чего мы не можем указать» [Sztompka, 1974].

Некоторые натуралисты подчеркивают, что существуют реальные шансы выработки таких методов исследования, которые позволяют интерсубъективно, достоверно и эмпирически познать психические состояния с помощью биохимических, физиологических, поведенческих и других показателей [Nagel, 1970]. Поэтому следует двигаться в этом направлении, отказавшись от интроспективных, «понимающих» и интуитивных методов исследования. Развитие биологической и бихевиоральной психиатрии является доказательством описанных тенденций.

Кажется, попытки поместить психиатрию на одном из полюсов, образуемых натурализмом и антинатурализмом, ошибочны и устарели. Идеи философии и научной методологии, требующие создания единой универсальной теории науки и единой общепринятой методологии (эталона для всех.

дисциплин), уже стали пережитком прошлого. Сейчас часть методологов подчеркивают необходимость существования многих теорий, методов и программ хотя бы из-за невозможности определить, какая из них заслуживает в данный момент полного одобрения [Feyerabend, 1964]. Другая группа авторов предлагает развивать методологические модели, учитывающие специфику некоторых дисциплин и опирающиеся на их специфические методы исследования [Kmita, 1971; Nowak, 1976].

В извечном споре натурализм — антинатурализм следует, наконец, поместить психиатрию на нейтральном, промежуточном месте, подобном месту, которое предлагает общественным наукам Sztompka (1974). Таким образом, психиатрия может позаимствовать у естественных наук методологические образцы, определяющие научный и эмпирический характер естествознания, и отвергнуть образцы, определяющие его естествоиспытательскую направленность. С другой стороны, она также должна пользоваться методологическими приемами, свойственными гуманитарным наукам.

Таким образом, психиатрия получит статус эмпирической науки, а не естественнонаучной дисциплины [Siemianowski, 1976]. Такую точку зрения Sztompka (1974) называет «ограниченным натурализмом» или «умеренным антинатурализмом» и выдвигает три основных методологических требования, которыми надо руководствоваться для ее воплощения: 1) применять методологические нормы эмпирических наук, отказаться от норм

внеэмпирического познания; 2) применять научные методологические образцы, отказаться от ненаучных; 3) избегать методологических норм, типичных для естественных наук, развивать методологические нормы, свойственные для гуманитарных наук. При существующем уровне знаний предлагаемая общеметодологическая модель психиатрии, по-видимому, имеет оптимальный характер.

Направление дальнейших методологических изысканий в психиатрии можно определять на основе значительных и оригинальных достижений польских методологов науки, в частности авторов так называемой познаньской школы [Brzezinski, 1976a; 1976b; Kmita, 1971, 1976a, 1976b; Kmita, Nowak, 1968; Lastowski, 1976; L. Nowak, 1974, 1976a, 1976b, 1977; Patryas, 1976; Such, 1973, 1975a, 1975b; Topolski, 1968; Zamiara, 1974]. Их идеи вызвали широкий отклик в Польше и за рубежом. Они выдвигают так называемую идеализационную концепцию науки, в которой ведущей познавательной процедурой является метод идеализации.

На важную роль метода идеализации в науке уже в 1951 г. обращал внимание Malewski (1975), который под идеализацией понимал суждения (мнения), касающиеся объектов (или совокупности объектов), у которых допускалось отсутствие некоторых черт, свойственных подобным объектам в действительности (например, допускается, что на определенные тела не действуют никакие силы, т. е. равнодействующая сил равной 0, хотя в действительности все тела подвергаются действию каких-либо сил). В связи с этим он назвал идеализациями «общие суждения, объясняющие, как формируются величины определенных показателей, когда другие показатели принимают никогда не достигаемые в действительности крайние значения» [Malewski, 1975, с. 89].

Для свойств, не поддающихся градациям и измерению, а они чаще всего встречаются в психиатрии, крайними значениями может быть присутствие (= 1) или отсутствие (= 0) этого свойства.

Таким образом, с помощью идеализации описывают закономерности, происходящие в условиях, более или менее отличающихся от действительности. Многочисленные примеры идеализации встречаются в психиатрии, хотя чаще всего в форме «молчаливого» допущения. Идеализации часто сохраняются в науке, несмотря на возможность замены их более конкретными суждениями, благодаря их большой практической (технической и дидактической) применимости и эвристической (творческой и научной) ценности. То, что имеет творческую ценность, имеет и познавательную ценность. «При начальном исследовании иногда полезно допустить отсутствие некоторых факторов, существующих в действительности. Эти факторы могут в большей или меньшей степени нарушать исследуемую зависимость. В ходе дальнейших исследований их нужно будет учитывать. Но вначале рассмотрение лишь приближенной к действительности упрощенной ситуации может помочь исследователю обнаружить истинные закономерности, направляя его догадки по правильному пути» [Malewski, 1975, с. 92].

Познаньская методологическая школа полагает, что фундаментальным методом формулирования научных суждений в эмпирических дисциплинах является идеализация, а главным методом их проверки — строгая конкретизация

[Brzezinski, 1976b]. Таким образом, конструирование каждой научной теории протекает от идеализации к постепенной конкретизации. Авторы объединяет общая точка зрения на отношение теории к действительности: научная теория не является произвольным созданием человеческого ума, а определяется онтологической структурой действительности. Этим выражается диалектический принцип единства мышления и бытия, согласно которому эпистемологические свойства человеческой мысли являются отражением онтологических свойств окружающей действительности [Nowak, 1976c].

По отношению к окружающей действительности общим исходным принципом познаний методологов является тезис эссенциализма: действительность — это не собрание фактов одинаковой значимости, а иерархическая система явлений, причем значение отдельных элементов действительности для протекания определенных процессов или для возникновения определенных явлений различно. Одобрение эссенциализма равнозначно отказу от тезиса феноменализма о том, что различать главные (сущность) и второстепенные для исследуемых величин факторы необоснованно.

Это различие может носить, самое большее, заместительный характер; например, в связи с проблемой, которая нас заинтересовала, определенные аспекты предмета исследования кажутся нам важными, а другие неважными (т. е. проблема исследования определяет мнимую объективную значимость).

Согласно данным Nowak (1976a, b, c), тезис феноменализма, выражающий онтологию здравого смысла: «Все важно понемногу», рождает эпистемологию здравого смысла: «следует регистрировать то, что проявляется в действительности, ничего не опускать, ни от чего не абстрагироваться, для того чтобы получить полные знания о действительности». В последующем это ведет к методологическому принципу фактуализма: «Достаточным условием объяснения явлений любого типа является установление «фактуальных» (т. е. фактически существующих, реальных) законов, описывающих эти явления» [Nowak, 1976c]. Сюда же относится концепция о том, что теория в эмпирических науках является структурой дедуктивной системы. Именно проявлением феноменализма является описанная ранее «болезнь» психиатрии, состоящая в чрезмерном накоплении фактов и одновременной неспособности создать научную теорию. Факты собирают, оценивая их как одинаково важные, имея при этом в виду, что будущее покажет, какие из них были важными на самом деле. С познавательной и теоретической точек зрения особенно опасно высказываемое в последнее время некоторыми психиатрами мнение о том, что психические расстройства почти в равной степени обусловлены биологическими, психологическими и социально-культурными факторами.

В практике, как подчеркивалось ранее, исследовательская проблема определяет кажущуюся значимость определенного фактора (например, предпринимая антропометрическое обследование больных шизофренией, считают важным биологический фактор), но даже результаты обследования возвращают нас к равнозначности всех факторов. Так же дело обстоит с невротическими расстройствами, в этиопатогенезе которых постоянно перечисляют такие факторы, как конституция, личность, ситуация, расценивая их одинаково.

Безусловно, при существующем уровне знаний в этой области мы не сможем определить иерархию значимости перечисленных факторов, но принятие

принципов эссенциализма позволяло бы выдвинуть, а затем постепенно конкретизировать определенные идеализационные суждения. В случае, когда обнаруживается ложность гипотезы, всегда можно предположить преобладание других факторов и вновь попытаться проверить это эмпирически. Таким образом, эссенциализм обеспечивает более перспективное развитие научного познания в психиатрии, рассматриваемой как эмпирическая наука.

Познаньские исследователи решительно отвергают тезис феноменализма о том, что все факторы имеют один и тот же вес и в таком случае эссенциальная структура (совокупность факторов, влияющих на исследуемую величину) не иерархична, а представляет собой ряд равнозначных факторов.

Они, напротив, полагают, что в процессе исследования какой-либо величины выделяются более или менее существенные факторы, т. е. эссенциальная структура носит характер иерархии и упорядочена с точки зрения степени влияния на исследуемую величину [Nowak, 1974, 1976a].

Принятие принципов эссенциализма требует также отказа от эпистемологии «здравого смысла», так как, если не каждый фактор равнозначен, то и не каждое положение теоретической системы важно в равной с другими степени. Главенствующую роль в теоретической системе выполняют те суждения (принятые как законы), в которых показано, как зависят исследуемые величины от факторов, признанных (справедливо или несправедливо) главными [Nowak, 1976c]. Эти законы имеют характер идеализирующих суждений, так как для того, чтобы определить как зависят исследуемые величины от главных факторов, надо абстрагироваться от обстоятельств, расцениваемых как второстепенные. Поэтому из эссенциализма рождается методологический принцип идеализации и конкретизации: «Достаточным условием объяснения явлений служит определение с последующей конкретизацией (отмена идеализирующих допущений и учет поправок за счет соответствующих побочных факторов) идеализационных законов для этих явлений» [Nowak, 1976c]. Для этого предназначена концепция научной теории с иерархической структурой; она состоит из главной модели (комплекс исходных закономерностей) и последовательных производных моделей (содержащих последовательную конкретизацию этих закономерностей).

Описанная концепция научной теории и связанные с ней концепции объяснения путем идеализации и конкретизации уже много раз корректировались и развивались [Brzezinski, 1976a, 1976b; Brzezinski et al., 1976b; Nowak, 1976c]. Прежде всего сама исходная идеализационная теория науки, основанная на определенных идеализирующих представлениях о способах создания теории в эмпирических науках, подвергалась модификации. Оказалось, что она основывается на некоторых упрощенных представлениях, от которых для получения более адекватной картины реальных процедур, применяемых в науке, следует отказаться. Отменены, в частности, три положения: 1) об односторонности влияния в окружающей действительности (если один из факторов влияет на другой, обратного влияния не происходит); 2) об однородности факторов (одинаковая природа влияния, оказываемого отдельными факторами на исследуемую величину); 3) об исторической стабильности факторов (влияние данного фактора не изменяется во времени).

Допущение, что каждый фактор может влиять на другой различным (а не только

одним) образом, ведет к новому отношению ко всей структуре научной теории: она приобретает уже не линейную форму, а форму разветвленного дерева [Nowak, 1976с].

Идеализационная концепция науки является в наше время предметом огромного интереса, живой полемики и противоречий [Siemianowski, 1976]. Ее эвристические достоинства вдохновляют многих исследователей; например, Sanocki (1977) представил оригинальную концепцию нормы и патологии человеческой психики. Однако Brzezinski (1976b) справедливо замечает, что процедуры формулирования и контролирования научных суждений, предложенные Nowak (1976a, 1977), типичны скорее для развитых эмпирических наук типа физики. Науки, отстающие в своем теоретически методологическом развитии от физики, например психология или психиатрия, лишь в малой степени используют эти строгие правила, создавая так называемые идеализационные прототеории (основанные на гораздо менее совершенном видоизменении идеализационного метода). Суждения, сформулированные на более высоком формальном уровне, чем в таких дисциплинах, как психология или тем более психиатрия, мы встречаем в узких разделах, например в психометрии, теории решений, психофизике, психологии научения (например, закон формирования навыка Hull). Это так называемые функциональные суждения, представленные формальным математическим языком. Проблематика личности, эмоций, мотивации связана, однако, с так называемыми функциональными суждениями, обобщенно говорящими о связи (зависимостях) определенной величины F с определенными, существенными для нее величинами (без обозначения математической формы этих зависимостей) [Brzezinski, 1976b]. В них упоминают о прямолинейной или криволинейной зависимости вообще и не формулируют идеализационных допущений. Пример такого суждения имеется в работе Karylowski (1975, с. 23): «Величина замечаемого сходства партнера с «я» влияет на силу направленной на этого партнера аллоцентрической мотивации; она сильнее по отношению к партнеру, которого рассматривают как похожего на «я», чем к партнеру, которого рассматривают как на «я» непохожего».

К сожалению, в психиатрии даже функциональные суждения — редкость (они имеются, пожалуй, в нейрофизиологических и биохимических теориях), поэтому внедрение идеализационного метода будет связано с большими практическими трудностями, но наверняка стоит попытаться их преодолеть.

Стремясь воплотить и поддержать позицию психиатрии как эмпирической науки, мы выдвинули директиву развития методологических принципов, свойственных, в частности, гуманитарным наукам. Психиатрию может обеспечить интересной моделью теоретическая концепция так называемой гуманитарной интерпретации, представленная в работах Kmita (1971, 1976a, b). Он, так же как и его коллеги из познаньской школы, исходит из идеализационной концепции науки, но концентрирует свои интересы на методологии гуманитарных наук.

Kmita различает две исследовательские функции: объяснение, почему происходит определенное явление, путем указания смысла этого явления (этот тип объяснения и называется гуманитарной интерпретацией), и объяснение, указывающее на функциональную обусловленность соответствующего явления (так называемое функциональное объяснение). В гуманитарных науках распространен подход к человеческой деятельности как к рациональной, т. е. определяемой прежде всего знаниями действующего субъекта и усвоенной

им ценностной системой. Таким образом, гуманитарная интерпретация состоит в объяснении путем указания смысла наблюдаемого действия при допущении рациональности действующего субъекта (идеализационное допущение). Автор определяет рациональное действие как действие обусловленное: 1)

существующим уровнем знаний субъекта (знания о совокупности возможных действий и их последствиях, т. е. о ценности этих действий); 2) нормами субъекта, упорядоченными в виде системы ценностей; 3) рациональностью субъекта (выбор всегда такого действия, последствия которого максимально ценны и желаемы в данный момент) [Kmita, 1971]. Точнее говоря, гуманитарная интерпретация— это объяснение, представляющее собой ответ на вопрос типа: «Почему X предпринял (предпримет) действие C?». Ответом будет условное предложение типа: «Если X думает то-то и то-то (об ожидаемых результатах планируемого действия и о применении этих результатов), то он Судет действовать так-то и так-то». Принцип рациональности в свою очередь предполагает связь (поддающуюся требованиям логики и математической теории решений) между суждением и предпринимаемым действием.

Группа познавских методологов полагает, что идеализация — это познавательный прием, подходящий для всех эмпирических наук. Поэтому идеализирующее допущение рациональности действия субъекта уподобляет гуманитарные науки естественным, а содержание этого принципа является специфичным для гуманитарных наук. Это создает интересную исходную точку для выводов Zamiatra (1974), которая оригинальным образом доказывает несводимость гуманитарных наук к одной лишь психологии (основываясь на анализе бихевиоризма, необихевиоризма Tollman и функциональной теории Konorski).

Однако кажется, что при использовании критериев, предложенных автором, гуманитарный принцип рациональности может быть сведен, например, к психологической теории научения.

Концепция гуманитарной интерпретации, предложенная Kmita (1971), может стать стимулом идей в области психиатрии. Тогда особенно важной была бы проблема определения характера принципа рациональности в нетипичных условиях (например, риск, неуверенность, страх или опасность), роли символических действий (класс рациональных действий, информирующих другой субъект о каком-то состоянии вещей), значения патологического контекста действий субъекта (больного) и методов его познания исследователем для правильной интерпретации патологических действий. Одновременно возникает основной вопрос: не следует ли по отношению к психически больным отказаться от идеализационного принципа рациональности? Ведь у психически больных связи между суждениями и действиями не всегда соответствуют принципам логики. Психиатрические пациенты часто предпринимая действия, последствия которых в данный момент наименее важны, что по определению противоречит понятию рациональности субъекта. Возникают очередные новые сомнения: принять ли другой идеализационный принцип гуманитарной интерпретации? Может быть, следует ограничить определенным образом принцип рациональности? Возникает альтернатива: возможно, психиатрия просто не может пользоваться методологическими положениями гуманитарных наук, или субъект, предпринимая нерациональное действие, перестает быть предметом изучения гуманитарных наук? Эти неожиданные практические

выводы противоречили бы специфике гуманитарных наук.

1.5. Общие теоретические принципы

Истерия
Якубик А.

1 5 ОБЩИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

Предыдущие рассуждения привели нас к выводу, что психиатрия должна соответствовать критериям научности и эмпиричности, т. е. быть эмпирической наукой. Одновременно она должна использовать и развивать особые методологические принципы, разработанные в гуманитарных науках. Эмпирическая наука исходит из фактов и завершается фактами независимо от теоретических основ и методов исследования. Отсюда и необходимость использования в психиатрии общеметодологической схемы научного исследования, присущей эмпирическим наукам. Принятие такой модели требует осуществления исследовательского процесса по следующим стадиям: эмпирические факты — выдвижение гипотез или построение теории — дедуктивное формулирование выводов и прогнозов (догадок) — проверка прогнозов, а тем самым и теории путем сопоставления с фактами (Such, 1973]. Методологическая модель эмпирических наук предполагает важную роль теории для научного познания и практической психиатрической работы. Поэтому единственно правильный путь, ведущий к прогрессу в исследовании истерии и всех других проблем в психиатрии, вытекает из общих теоретических принципов, учитывающих существующий уровень психиатрических знаний и родственных наук о человеке. Задачей настоящей книги является попытка выработки более или менее однородного теоретического подхода к проблематике истерии, поэтому мы несколько больше внимания посвятили вопросам методологии и теории. Дополнительным аргументом в пользу этого является отсутствие теоретически-методологического аспекта в польской психиатрической литературе, посвященной истерии.

Психиатрия должна отказаться от индукционизма, нежелания попытаться создать общую теоретическую систему, от отношения к теории как к понятийной схеме, служащей классификации психопатологических явлений; вместо этого она должна стремиться к такой модели науки, положения которой, по возможности максимально обобщенные, точные и поддающиеся эмпирической проверке, можно систематизировать в теории, выполняющие три фундаментальные функции: дескриптивную (описание), экспланационную (объяснение) и прогностическую (предсказание). Теории должны иметь также определенное практическое значение. Это предполагает проведение исследований по теоретически разработанным схемам и для теоретически (и практически) обоснованных целей. Этот подход исключает типичное для современной психиатрии отсутствие широкой познавательной перспективы, методологическую беспомощность в формулировании и решении конкретных исследовательских проблем. Отсюда также вытекает необходимость теоретической разработки структуры теории, процессов объяснения, обоснования и конструирования суждений, ценности основанных на них прогнозов и точности основного понятийного аппарата. Ведь построение понятийного аппарата не может ограничиться определением совокупности понятий, которые в будущем пригодятся для построения теории; оно должно

подчиняться принципу поиска общих связей между явлениями, обозначаемыми этими понятиями.

Высказываясь против понимания психиатрии как науки, кумулирующей результаты наблюдений, мы занимаем позицию, которую ранее занимал Malewski (1975, с. 336—337) в отношении общественных наук: «Если бы... ход работы был направлен на формулирование системы общих суждений и демонстрацию того, каким образом эти суждения позволяют объяснить и интегрировать результаты многих разнообразных исследований (междисциплинарных.—Примеч. авт.), как они приводят к новым гипотезам, как выявляют проблемы, требующие особенно интенсивного исследования, и позволяют заметить границы искажений в результате применения отдельных методик, то такая работа могла бы сыграть большую роль в процессе интеграции наук (о человеке.— Примеч. авт.)». Таким образом, задачей психиатрии является не построение описательных теоретических систем (так как описание патологического поведения не является ни необходимым, ни достаточным условием надежного прогнозирования), а конструирование объясняющих систем с большой предсказательной ценностью (надежностью прогнозирования поведения). Это функциональная концепция теории, в которой объяснение и прогнозирование интегрально связаны между собой. Интересные модели научного объяснения представлены Hempel (1968) и Nikitin (1975), а детальное обсуждение экспланационной стратегии построения теории содержат работы Sztompka (1971, 1972, 1973), Paszkiewicz (1976) и статьи нескольких других авторов, опубликованных в коллективном труде под редакцией Sicinski, Razniewski (1976).

Принятие в психиатрии функциональной концепции теории ведет к присвоению определенных значений таким понятиям, как например, «научное объяснение», «теория» или «теоретическая система». В соответствии с предложением Sztompka (1972) под научным объяснением обычно понимают ответ на вопрос «Почему это так?» «Почему q?», причем составляет четко определенный эмпирический факт), т. е. на теоретический вопрос в отличие, например, от описания в ответ на вопрос «Как?». В таком случае теория — это правильный (т. е. научный и исчерпывающий) ответ на теоретический вопрос «Почему?». Правильный ответ — это система научных объяснений. Так функциональный подход в методологии приводит в результате к рассмотрению научной теории как системы научных объяснений. Несколько научных теорий (или систем объяснений) могут быть логически или по содержанию связаны в одно целое, так называемую теоретическую систему. Согласно этой точке зрения, наука имеет трехступенчатую иерархическую структуру: научное объяснение (совокупность научных суждений)—научная теория (совокупность научных объяснений) —теоретическая система (совокупность научных теорий). На каждом из уровней иерархии связи между элементами представляются в виде определенной систематизации, т. е. связывания логическими отношениями. Таким образом, процесс теоретического познания интерпретируется как прогрессирующая систематизация знаний, путем объяснения одних суждений другими, причем суждения более низкой степени обобщенности могут быть выведены из более общих суждений, а также из дополнительных положений, касающихся конкретных условий [Malewski, 1975]. Существенным свойством теоретических знаний считается их гипотетический характер. Положения, составляющие теорию, никогда не бывают несомненными (т. е. основанными на причинных связях без исключений), они лишь в большей или меньшей степени

обоснованы (например, вероятностные положения, ссылающиеся обычно на статистические законы). Таким образом, овладение теоретическими знаниями представляет собой гипотетически-дедуктивный процесс, который выдвигает определенные общие гипотезы и подвергает их двойной верификации: эмпирической (по критерию истинности, т. е. соответствия опытным данным) и теоретической (по критерию соответствия другим суждениям) [Sztompka, 1972].

По сравнению с традиционным пониманием теории как системы законов функциональное понимание ее как системы научных объяснений имеет определенные достоинства: 1) каждая теория связывается с конкретной исследовательской проблемой; 2) интегральной составной частью теории наряду с общими законами признаются также описательные положения (они встречаются в виде объясняемых фактов и объясняющих суждений, описывающих конкретные условия, создавшиеся в данной ситуации); 3) смягчаются структурные требования, предъявляемые к теории классической концепцией (например, связь между суждениями может иметь не строго дедуктивный характер, а индуктивно-статистическую форму); 4) теория приобретает комплексный, меж- и наддисциплинарный характер [Sztompka, 1972].

Возможно ли в современной психиатрии, несмотря на ее полувековое методологическое и теоретическое отставание, построение описанной модели теории? Утвердительный ответ представляется нереальным, а картина психиатрии, основанная на экспланационной стратегии построения теории,— слишком идеалистической. Реальные возможности создания такой модели могут появиться лишь в случае соблюдения двух фундаментальных условий: 1) отказ от традиций позитивизма и атомистически-ассоциативного подхода к психопатологии; 2) использование новейших теоретически-методологических достижений более развитых наук о человеке, особенно психологии. Второе условие необходимо также и потому, что источником формирования всех теоретических концепций в психиатрии были клинические наблюдения психически больных, а не здоровых лиц. В связи с этим обобщения, возникшие в результате анализа патологического поведения, отягощены ошибками искаженной, болезненной перспективы видения человека. До сих пор поражает беззаботность, с которой психиатры высказываются на тему, например, расстройств личности, не имея никакой концепции (или только туманные, молчаливо принятые представления) относительно нормальной личности. Это однозначно указывает на срочную необходимость введения в психиатрию определенной психологической теории личности, обеспечивающей удобную исходную позицию для выдвижения гипотез относительно механизмов и причин возникновения расстройств личности.

Поэтому данная книга является попыткой анализа психопатологии истерии на основе единых теоретических критериев, выработанных польскими психологами, особенно теоретиками личности. Достижения мирового масштаба в польской психологии, в частности так называемой варшавской школы, составляют великолепную теоретическую основу для дальнейших разработок в области психопатологии. В настоящее время польская психология представляет собой оригинальное современное направление в мировой науке, а характерный для нее системный подход (основанный на общей теории автономных систем) объединяет разнородные эмпирические и теоретические данные в рамки одной широкой теории с высокой степенью обобщения. Поэтому использование

богатейшего опыта польской психологии создает реальные возможности ускорения методологически-теоретического развития клинической психиатрии. Справедливость мнения о необходимости перенесения положений общественных наук, главным образом психологии, в область психиатрии подтверждает пример уже упоминавшегося коллектива сотрудников клиники неврозов Психоневрологического института в Варшаве, которые, основываясь на принципах широко понимаемой теории научения, в течение многих лет успешно разрабатывают эффективную модель лечения неврозов и расстройств личности [Alexiev, 1973; Czabalo, 1976; Kosewska, 1977; Kuliszkiewicz, 1973; Leder, 1972; Pohorecka, 1977; Siwiak-Kobayashi, 1974; Wolniewicz-Grzelak, 1975; Wysokinska-Gasior, 1975; Zargbska-Jakubik, 1974]. Отвергая классический подход к предмету психологии, мы принимаем положения теории деятельности Tomaszewski (1963, 1967, 1975a — d), расценивающей психологию как науку о механизмах регуляции деятельности человека. Теория деятельности — это не замкнутая система суждений или непоколебимых научных истин, а открытая (т. е. ведущая к исследованиям, выходящим за рамки своих исходных позиций) теоретическая система и совокупность общих принципов, методологических норм и проблем, ожидающих решения. Как весьма обобщенная теория, она стимулировала более детальные и разветвленные исследования, контроль и развитие своих положений, новую интерпретацию собранных фактов, а также способствовала созданию теорий, менее обобщенных. Благодаря этому концепция Tomaszewski оказала (и оказывает) значительное влияние на развитие польской психиатрической мысли [Kurcz, Reykowski, 1975; Tomaszewski, 1975a]. Из тех же теоретически-методологических традиций исходят регуляционная теория личности Reykowski (1967, 1970a — b, 1971, 1972a — b, 1975a — e, 1976a — e), которая будет теоретической основой наших рассуждений о расстройствах личности истерического типа (см. раздел 4.4), а также психологические концепции функции принятия решений [Kozielecki, 1969, 1975, 1977], агрессии [Fraczek, 1975], темперамента [Eliasz, 1974; Strelau, 1969, 1974, 1975a, 1975b], языковых функций [Kurcz, 1975, 1976] и т. п. Существующие в этих областях достижения будут использованы для интерпретации механизмов и нарушений истерии. Это связано также с принятием определенных терминологических условностей как по отношению к нормальным проявлениям, так и к психопатологическим феноменам. Учитывая значение этих вопросов для психиатров, кратко изложим важнейшие положения теории деятельности Tomaszewski (основы теории ситуаций Tomaszewski и теории личности Reykowski обсуждаются в разделах, посвященных этой тематике).

Простейшей формой поведения является реактивное поведение, т. е. такое, ход которого определяется главным образом раздражителями [поведение типа S — R, т. е. раздражитель (стимул) — реакция]. При этом происходит процесс проведения импульсов от рецепторов к эффекторам (возникновение рефлексов). Реактивное поведение основано прежде всего на приобретенных (условных) рефлексах и в значительно меньшей степени — на врожденных (безусловных) рефлексах, т. е. оно есть результат научения. Элементарной единицей реактивного поведения является сочетание определенного стимула с определенной реакцией. Значительное число таких элементарных единиц составляет сложные формы реактивного поведения, которые могут иметь как врожденный (инстинктивное поведение), так и приобретенный (навыки) характер. Необходимым условием возникновения связи стимул — реакция является совпадение по времени (связь двух явлений образуется тогда, когда они возникают одновременно или с малым интервалом), а их постоянство и скорость

возникновения зависят от так называемого подкрепления (положительные или отрицательные последствия реакции, важные для субъекта). Горизонтальная или иерархическая организация реактивного поведения формируется путем повторения, под влиянием которого происходят процесс интернализации управляющих поведением механизмов (замена внешних раздражителей внутренними; сравни динамический стереотип Павлова, 1952) и процесс отбора составляющих его элементов (так называемый метод проб и ошибок). Так, реактивное поведение поднимается на новый, более высокий уровень, на котором достигается определенная степень автономности по отношению к окружающему. Такое поведение называется реактивно-навыковым, или репродуктивным [Tomaszewski, 1975b].

Благодаря подкреплению положительными или отрицательными результатами реакций сохраняются только те формы репродуктивного поведения, которые отличаются эффективностью.

Реактивное поведение является наиболее элементарной формой поведения, эффективной в стереотипных, или повторяющихся, стабильных ситуациях. Более высокоорганизованной формой поведения, эффективной в нестереотипных, меняющихся, ситуациях, является целенаправленное поведение, суть которого — направленное действие, стремящееся достичь определенного конечного состояния (цели), т. е. замены исходной ситуации итоговой. «Целенаправленное поведение, стремящееся к достижению определенного положения вещей путем превращения существующей ситуации в намеченную, мы называем деятельностью» [Tomaszewski, 1975b, с. 510]. Это очень сложный и высокоорганизованный процесс. Направленная деятельность связана с фактом антиципации (предвидения). «Антиципированную конечную ситуацию мы называем целью деятельности, а антиципированную деятельность, которая должна привести к этой цели, — программой. Если в определенной ситуации человек создает цель и программу, ведущую к ней, то можно сказать, что он ставит перед собой задачу, а ситуацию, которая в соответствии с задачей должна измениться, можно назвать заданной ситуацией (...). Исходя из заданной ситуации, деятельность направлена к итоговому состоянию, называемому результатом» [Tomaszewski, 1975b, с. 504]. Таким образом, деятельность — это процесс решения заданных ситуаций. В практике заданные ситуации могут иметь более одного решения, каждое из которых может быть достигнуто за счет более чем одного вида деятельности. Ситуации этого типа мы называем ситуациями решения, так как они требуют решить, какую из возможностей следует принять к выполнению в качестве задачи [Kozielencki, 1975, 1977]. Понятие результата (реально достигнутого состояния вещей) следует четко отличать от понятия цели (намеченного, антиципированного состояния вещей), так же как деятельность (реальный процесс)—от программы (намеченный ход деятельности). Между намеченным и действительным состоянием вещей всегда существуют большие или меньшие различия. Если полученные результаты хуже поставленных целей, а реальная деятельность хуже программы, то мы говорим об ошибках (ошибки результата или деятельности).

Целенаправленное поведение, исходящее из заданной ситуации и стремящееся к ее решению ($Z \rightarrow W$), происходит на более высоком организационном уровне, чем реактивное поведение, представляющее собой реакцию на предшествующие события ($S \rightarrow R$). Реактивное поведение осуществляется в рамках целенаправленного поведения ($Z/S \rightarrow R/W$): в первом случае реагирование

происходит в соответствии с предшествующим опытом, во втором — с антиципацией будущего. Это два уровня регуляции деятельности. «Целенаправленное поведение организуется одновременно по трем принципам: случайного поступления актуальных раздражителей (рефлексы); опыта прошлого, соответствующего повторяющимся ситуациям (навыки), и антиципации будущего (задачи). Эти принципы создают иерархическую систему, в которой задачи играют главную организующую роль. Этой главной роли задач соответствует и отражение поведения в сознании действующего субъекта, который сознает прежде всего-цель, которую должен достичь, гораздо меньше — сам ход деятельности, в значительной степени выполняемой автоматически, и очень мало — стимулы, которые вызывают и неустанно поддерживают его активность» [Tomaszewski, 1975b, с. 508].

Под влиянием внутренних и внешних факторов может нарушаться сочетанное действие перечисленных трех принципов организации целенаправленной деятельности, вызывая выход подчиненных и более элементарных форм поведения из-под организующего влияния задачи и тем самым регресс поведения до уровня реактивного (например, этот тип нарушений отмечается при повреждении лобных долей мозга или при психозах). На дезорганизацию целенаправленного поведения и «высвобождение» реактивных механизмов оказывают влияние также колебания общего уровня активации, как значительное снижение ее, так и чрезмерное повышение (например, в состоянии эмоционального напряжения).

В целенаправленном поведении различают элементы, составляющие функциональное целое, т. е. действия. У действия есть начало (исходная ситуация) и конец (достижение результата), но они могут прерываться, не достигая результата, что часто вызывает определенные психологические последствия в зависимости от причин прекращения действия. С формальной точки зрения различают действия с рядной, цепной, иерархической, разветвленной, циклической, спиральной, сетевой и т. п. структурами. Что касается качественной характеристики, то мы выделяем функциональную структуру (в каждой деятельности можно выделить составные части, называемые операциями, которые выполняют различные функции), объективную структуру (ситуация, преобразуемая данным действием) и субъективную структуру (особенности субъекта). Сравнивая субъективную (модальную) структуру деятельности с кибернетической схемой управляемых систем, мы допускаем, что в каждом действии человека участвуют три основные подсистемы: ориентационная (воспринимающая информацию), центральная (преобразующая информацию в задачи, модели, планы, решения) и исполнительная [Tomaszewski, 1975b].

На различных уровнях организации поведения человека (например, реактивного или целенаправленного) имеются разные регулирующие деятельность механизмы, составляющие сложную систему, в которой содержатся специализированные подсистемы, связанные между собой многоступенчатыми зависимостями. Основываясь на кибернетической модели управления, можно представить упрощенную схему сложных и многоуровневых регуляционных механизмов на основе принципов протекания энергии и информации, а также многоступенчатых обратных связей. «На каждом организационном уровне основой регуляции поведения являются два действующих по энергетическому принципу механизма: сенсорно-моторный комплекс, чувствительный к

различным формам энергии физических раздражителей, и активационно-эмоциональный комплекс, регулирующий энергетический уровень всех процессов» [Tomaszewski, 1975b, с. 522]. Схема сенсорно-моторной регуляции с участием механизмов активации достаточна лишь для объяснения реактивного поведения (колебания уровня активации в зависимости от последовательности раздражителей), но она не объясняет целенаправленного поведения, регулируемого не по энергетическому, а по информационному типу (прием и преобразование информации). Раздражители, воспринимаемые органами чувств, действуют как сигналы (раздражители, имеющие значение), которые не только воспринимаются, но и прочитываются. Это — схема ориентационно-программирующей регуляции, которая включает в себя комплекс понятий, приобретенных знаний, взглядов, мнений, самооценку, оценку окружающего, систему планов, программ, методов, стратегий действия и т. п. [Tomaszewski, 1975b]. Ориентационно-программирующая подсистема функционирует в тесной связи с двумя остальными подсистемами: сенсорно-моторной и активационно-эмоциональной, поэтому она зависит от поступления раздражителей, несущих информацию (сигналов), и — от уровня активации.

Следует подчеркнуть, что, например, Lewicki (1960) выделяет ориентационные механизмы, а Obuchowski (1970) — познавательные (поиск информации) и ориентационные (использование полученной информации). Obuchowski, как и Reykowski (1974), четко разделяет механизмы активации и эмоциональной регуляции.

Представленная в весьма сокращенном и несколько упрощенном виде совокупность основных положений и понятий теории деятельности Tomaszewski требует хотя бы лаконичной характеристики функции научения. Человек по сравнению с любым животным в значительно меньшей степени располагает готовыми, врожденными, инстинктивными формами поведения. Эволюция целенаправленного поведения и приспособления человека к окружающему происходит постепенно, путем длительного накопления опыта, т. е. является результатом научения. Термин «научение» мы будем использовать в широком значении слова, т. е. по отношению к процессу, ведущему к сравнительно постоянным изменениям поведения личности в результате предшествующего опыта [Kurcz, 1975]. Результатом научения следует признать только те относительно постоянные изменения поведения, которые не зависят от периферических процессов (в рецепторах и эффекторах) и не являются исключительно результатом созревания организма. Основой научения служит долговременная память (память — функциональное свойство нервной системы, состоящее в способности кодирования и хранения следов прошедшего опыта). Память и научение — это две стороны одного процесса овладения новым опытом. Научение включает как элементарные (классическое и инструментальное обусловливание), так и сложные (решение проблем) формы. У человека научение путем решения проблем (например, методом «проб и ошибок», путем «вникания» или выбора соответствующей стратегии решения) решительно преобладает над более элементарными видами научения, основанными на правилах классического или инструментального обусловливания. Так как развитие и формирование человеческой личности было бы невозможным без процессов научения, понятие научения в указанном значении мы считаем фундаментальной категорией наших теоретических принципов.

2. Историческое развитие взглядов на истерию

Истерия
Якубик А.

2. ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ВЗГЛЯДОВ НА ИСТЕРИЮ

Более или менее детальные, но обычно несистематизированные сведения о развитии концепции истерии можно обнаружить в работах, посвященных истории психиатрии [Bilikiewicz, Callus, 1962; Goshen, 1967; Howells, 1975; Hunter, Macalpine, 1963] или психологии [Roback, 1964; Zilboorg, 1941], в обзорных статьях [Ajuriaguera, 1951; Casares, 1954; Kjiöff, 1971; Zakrzewski, 1957] или в работах, посвященных отдельным теоретическим направлениям [Ellenberger, 1970]. Что же касается трудов монографического характера, то они чаще всего содержат уже отобранные и скорее поверхностные сведения об истории взглядов на истерические проявления [Gilles de la Tourette, 1896; Zeldenrust, 1956] или же вообще не касаются истории [Kretschmer, 1974], ограничиваясь обычно упоминанием о нескольких теоретических положениях [Abse, 1966]. Это следствие понятного стремления авторов представить прежде всего собственные концепции и идеи. Книг, освещающих исключительно проблематику истерии в историческом аспекте, немного [Abricosssoff, 1897; Amselle, 1907; Cesbron, 1909; Levi Bianchini, 1913] и они в основном были опубликованы еще в начале нашего столетия. До сегодняшнего дня самой полной, новой и современной разработкой истории взглядов на истерию считается монография Veith (1965), рассматривающая период с древних веков до появления психоанализа. Работа этого американского автора, по-видимому, в течение многих лет будет неисчерпаемым источником ценной информации в этой области.

2.1. Древний мир

Истерия
Якубик А.

21 ДРЕВНИЙ МИР

Существенную роль в развитии концепции истерии сыграли взгляды врачей Древнего Египта, о которых нам известно благодаря папирусу из Кахун (около 1900 г. до н. э.), а также самому знаменитому документу египетской медицины — папирусу Эберса (1700 г. до н.э.). Папирус из Кахун содержит отрывки трактата о болезнях матки, в котором описаны болезненные состояния и эмоционально неуравновешенное поведение женщин, приписываемое в то время изменениям положения матки (так называемая блуждающая матка). Сохранилось также описание симптомов (большинство из них идентично клинической картине истерических расстройств, представленных в современных учебниках психиатрии), диагностики и лечения. В то время считали, что определенные нарушения связаны с «голодом» матки (понимаемым дословно) или ее перемещением вверх, вызывающим сдавление других внутренних органов. Блуждающую матку считали подвижным, живым и независимым организмом, и потому усилия египетских врачей были направлены на то, чтобы этот орган «накормить» и вернуть его в прежнее положение. Для этой цели половые органы женщин окуривали дорогими, приятно пахнущими веществами, рекомендуя одновременно принимать внутрь или вдыхать средства отвратительного вкуса и резкого, неприятного запаха. Тогда считали, что только привлекая матку

благовониями и отвращая ее от верхней части тела зловонными веществами, можно вернуть ее на прежнее место. Следует подчеркнуть, что этот вид терапии сохранился до начала XX века [Sollmann, 1918].

Терапевтические методы при истерических расстройствах широко обсуждаются в разделе «Женские болезни» папируса Эберса: рекомендуется принимать внутрь деготь и пивную гущу (из-за их отвратительного вкуса), смазывать конечности и «больные места» мазью, состоящей из сухих экскрементов, увлажненных пивом [Veith, 1965], и т. п. Кроме того, для привлечения матки в прежнее положение применяли ароматические вещества, например, смазывали половые губы «желтой охрой со свежей миррой», окуривали женщин сосновой смолой, смешанной с сухими мужскими экскрементами, или советовали им сидеть на полотняных валиках, пропитанных настоем сосновых опилок. Если лечение было неэффективным, то женщин иногда окуривали, сжигая на древесном угле восковую фигурку ибиса, символизирующую То-та — египетского бога, являвшегося также покровителем магии. Обращение к магии и сверхъестественным силам было элементом, характерным лишь для более позднего периода Древнего Египта, а в период создания указанных папирусов в медицине господствовал рационализм. Именно в рационалистической египетской медицине черпали знания греческие врачи.

Греки восприняли из Египта взгляды на истерию. Египтяне дали точное описание расстройств, а Гиппократ — название «истерия» (от греч. *hystera* — матка). Патогенное влияние (хотя и не исключительное) недостаточной половой активности на эмоциональное равновесие у женщин отмечали еще египетские врачи, но только греки стали официально признавать сексуальную этиологию истерии. Это нашло отражение и у Платона: «... у женщин та их часть, что именуется маткой, или утробой, есть не что иное, как поселившийся внутри них зверь, исполненный детородного вожделения; когда зверь этот в поре, а ему долго нет случая зачать, он приходит в бешенство, рыщет по всему телу, стесняет дыхательные пути и не дает женщине вздохнуть, доводя ее до последней крайности и до всевозможных недугов, пока наконец женское вожделение и мужской эрос не сведут чету вместе и не снимут как бы урожай с деревьев...»

Гиппократ также считал, что слишком длительное половое воздержание ведет к органическим изменениям матки, которая высыхает, теряет свою массу, в связи с чем блуждает по телу в поисках влаги. В зависимости от ее нового местоположения появляются различные болезненные симптомы. Перемещение матки в подреберье вызывает затруднение дыхания, симптом истерического «комка» и судороги, похожие на эпилептические припадки. Когда матка перемещалась еще выше, в область сердца, больная ощущала страх, сердечные спазмы и позывы на рвоту. Если матка приближалась к печени, больная теряла голос, скрежетала зубами, цвет лица становился пепельным [Vieth, 1965]. Локализация матки в бедрах вызывала ощущение опухоли в боку, а ее путешествие до самой головы — боли в области глаз и носа, тяжесть в голове, болезненную сонливость. Кроме симптомов, специфичных для определенного положения матки, ее перемещение всегда вызывало дрожь, повышенную потливость и судороги. Крайне редким считалось перемещение матки в направлении ног и стоп, проявляющееся сильными болями в конечностях и в области крестца, а иногда парезом и параличом. Следует подчеркнуть, что Гиппократ первым описал истерическую афонию (у жены Полемарха).

Методы лечения, применяемые Гиппократом, в основном сходны с описанными в египетских папирусах. Они также основывались на приеме и ингаляции ароматических и зловонных веществ с целью вернуть матку в нормальное положение. Однако лечение женщин, не живших половой жизнью, проводилось иначе, чем, например, вдов. В случае, если больная была вдовой, она непосредственно после истерического припадка получала сильное слабительное, затем ослиное молоко. Потом ее половые органы окуривали благовониями, вводили влагалищное кольцо, которое должно было удерживать матку в правильном положении, а на следующий день его заменяли кольцом с горьким миндалем. Через 2 дня проводили ароматическое спринцевание влагалища, на следующий день вводили кольцо, пропитанное мятой, затем снова проводили окуривание. У девиц не предпринимали никаких лечебных мероприятий. В основном они получали касторовое масло в вине натошак или можжевельное вино с эфиопским тмином. Женщину купали в горячей воде, которую она затем должна была пить [Veith, 1965]. Рекомендовали вызывать приступы чиханья, что должно было привести к возвращению матки на свое место. Наилучшим методом терапии по отношению как к вдовам, так и к девицам считалось замужество и беременность. Такого рода советы, к сожалению, дают и сегодня некоторые врачи, особенно гинекологи, не знающие сущности истерических расстройств.

Гиппократ подчеркивал важную роль дифференцирования истерии и эпилепсии, которую он считал болезнью мозга, требующей совсем других способов лечения. При обследовании врач нажимал пальцами на живот больной и, если она чувствовала давление, диагностировал расстройства истерического происхождения; если же больная не ощущала давления, считал, что она, вероятно, страдает эпилепсией.

Пропагандируемые Гиппократом и, его современниками — просвещенными греческими врачами рациональные методы лечения часто были малоэффективны при определенных истерических расстройствах. Поэтому больные стали искать помощь у богов и ожидали исцеления в храмах Асклепия, греческого бога врачевания, мифологического сына Аполлона и нимфы Корониды. В IV в. до н. э. в Греции было около 300 таких храмов, в которых больные подвергались мистическим и ритуальным процедурам, основанным главным образом на внушении. Там оказывали помощь лицам с истерической слепотой, афонией и параличами [Edelstein, Edelstein, 1945].

В Древнем Риме взгляды Гиппократа выражал в своих трудах («De medicina») Авл Корнелий Цельс, живший в I веке до н. э. — в I веке н. э. Однако он пользовался не понятием «истерия», а определением «злокачественная болезнь матки» [Albutt, 1921]. Он предлагал такие же методы лечения, как «Corpus Hippocraticum», единственным терапевтическим новшеством было применение во время истерического судорожного припадка кровопускания.

Аретей Каппадокийский (около II века н. э.) дал исторический обзор взглядов на истерию, которую он считал хроническим заболеванием, проявляющимся у молодых женщин. Он отрицал предрасположенность девиц и вдов к истерическим симптомам. Он наблюдал появление у женщин истерической кататонии («замирание и потеря речи»), которая, по его мнению, не была связана с блужданием матки. Поэтому он считал, что такие же симптомы могут возникнуть и у мужчин. Он очень подробно описал расстройство, известное в более поздней литературе как истерический судорожный припадок. В терапевтических

рекомендациях он ничем не отличался от своих предшественников, хотя при приступах судорог предпочитал средства, вызывающие чиханье, или вдыхание запаха «старой мочи» [Adams, 1856].

Греко-римские врачи были, собственно, эпигонами египетской медицины. Только Соран Эфесский (I—II век н. э.) внес свой оригинальный вклад в концепцию истерии. Самый выдающийся акушер-гинеколог древности, представитель так называемой методической школы в медицине (основанной главным образом на атомистических взглядах Демокрита), он много места в своих работах уделил истерии. Так, он обратил внимание на большое значение психической зрелости («разума и воображения») для начала половой жизни и на роль отсутствия половых сношений в опущении, но не в блуждании матки [Vaith, 1965]. Он утверждал, что матка — это не подвижное животное, как верили его предшественники, а внутренний орган у женщин, способный изменять свое положение. Причиной истерических симптомов он считал не блуждание, а «сжатие» матки, которое вызывало «сжатие» всего тела и как следствие удушье, афонию и приступ «бесчувствия». Появлению этих симптомов обычно предшествуют аменорея, преждевременные роды, частые выкидыши, «долгое вдовство» и т. п. Истерический судорожный припадок отличается быстрым исчезновением, а способность помнить его течение отличает лиц, страдающих истерией, от больных эпилепсией. По рекомендациям Сорана при истерическом припадке больную следует уложить в постель, расположенную в теплой и не слишком освещенной комнате, и затем выводить ее из беспамятства посредством легких движений и теплых компрессов, которые, кроме того, уменьшают «сжатие» и приносят облегчение. Если не восстанавливается словесный контакт с больной, следует смазать ей лобок и паховые области душистым оливковым маслом. Припадки судорог Соран причислял к острой форме истерии. При хронической истерии он советовал сосредоточиться на профилактике в межприступные периоды с тем, чтобы возможно дольше сохранить состояние ремиссии. С этой целью больная должна была заниматься гимнастикой, много гулять, громко читать и упражнять голос (для предотвращения возможной истерической афонии), принимать ванны и разнообразную пищу.

Соран лечил в соответствии с правилом методической школы — *contraria contrariis curantur* (противоположное лечи противоположным — Примеч. ред.), но в то же время ценил девиз *similia similibus curantur* (подобное лечи подобным. — Примеч. ред.) и потому симптомы истерического удушья и рвоты пытался ликвидировать, назначая средства, вызывающие идентичные симптомы (например, применение морозника белоцветного вызывало резкие приступы поперхивания). Методы лечения, заключающиеся в применении зловонных и душистых препаратов, он считал неправильными. Он критиковал также методы лечения, предлагаемые другими известными врачами, например, Диоклом (сдавление в области эпигастрия) или Асклепиадом (тугое бинтование живота, громкие крики и нюхание уксуса).

Гален (129—199 гг. н. э.), так же как Соран, отвергал мнение о способности матки блуждать, но в то же время связывал истерию с этим органом [Sarton, 1954]. Истерия якобы являлась следствием конкретных соматических изменений в матке. По Галену, аналогичные мужскому семени выделения образуются и в матке, и задержка этой жидкости, так же как и аменорея, может привести к «порче крови, охлаждению тела и, возможно, к раздражению нервов, которые вызывают истерический припадок» [Cesbron, 1909, с. 42]. Гален основывал свою теорию

«задержки семени» на наблюдении больной, которая с тех пор, как овдовела, стала страдать припадками истерических судорог. После вторичного замужества припадки полностью исчезли и появились вновь, когда больная снова овдовела. На основании наблюдаемой связи между половым воздержанием и припадками Гален пришел к выводу, что причина истерии — «задержка семени». Логическим продолжением таких взглядов было предположение, что отсутствие половой жизни вызывает появление истерических симптомов и у мужчин. Признание существования истерии у мужчин следует считать самой большой заслугой Галена в данной области.

Он подчеркивал также изменчивость, разнородность форм и внезапность появления истерических симптомов и выделил три клинические формы истерии: 1) потеря сознания и неподвижность; 2) обмороки, сочетающиеся со слабостью и удушьем, но без потери сознания; 3) спастические парезы конечностей. Терапия сводилась к теплым спринцеваниям влагалища и раздражению пальцами половых органов, что должно было побудить матку к выделению своеобразного семени [Cesbron, 1909].

Во II и III веках н. э. наблюдается отчетливое влияние мистицизма и религии на медицину, что проявляется главным образом обращением за помощью вновь в храмы Асклепия и появлением веры в демонов как в причину всяческих болезней и несчастий. Отказ от многочисленных богов и возврат к древним верованиям в злых духов стали для эллинистического общества шагом назад и одновременно почвой для развития монотеизма. Отсюда относительно быстрое восприятие убеждений, принесенных христианской религией, и довольно долгий период поклонения Христу как врачу тела и духа по примеру Асклепия (Эскулапа). Слияние языческих и христианских идей формировало взгляды на истерию. Радикальная перемена точки зрения на истерию и ее лечение наступила под влиянием произведений и деятельности св. Августина (354—430 гг. н. э.), который на многие столетия привил миру демонологическую концепцию соматических заболеваний и психических расстройств.

Упор на ведущую роль половых факторов в этиологии истерии, ярче всего проявляющийся в теории Галена, подчеркивающей патогенетическое значение длительного полового воздержания, явно противоречил христианским образцам добродетели, понимаемой в категориях сексуального воздержания. Решение этой дилеммы нашел св. Августин, дополнивший чисто физиологическое отношение древних греков и римлян к половому акту элементом эротизма, а затем резко разделивший естественную, служащую для продолжения рода, функцию половых сношений и чувственное удовольствие. С этого момента безгрешным и оправданным становится половое сношение, предпринимаемое лишь исключительно с целью продолжения рода, а каждое сношение, целью которого было чувственное удовольствие, становилось греховным. По св. Августину, любая чувственность исходит от безбожных духов, соответствующих злым демонам (божествам низшего ранга) языческих верований. Это ночные оборотни, нападающие ночью и принуждающие к сожитию женщин (так называемые инкубы, т. е. демоны мужского пола) и мужчин (так называемые суккубы, т. е. демоны женского пола), приводя их таким образом к одержимости. Одержимость демонами проявлялась прежде всего внезапными расстройствами поведения (например, истерическими припадками) и внезапной утратой зрения, голоса, речи и т. п. Симптомы истерической слепоты, афонии (или немоты) или приступов судорог могут быть излечены исключительно с помощью чудес,

творимых во имя Христа. Быстрое исчезновение истерических расстройств укрепляло веру в силу чудесных исцелений. Следует подчеркнуть, что св. Августин не отличал соматических болезней и психических расстройств, в том числе, конечно, истерии от состояния одержимости [Veith, 1965], так как считал все болезни человека выражением зла, присущего его природе.

Хотя св. Августин и не писал конкретно об истерии, его взгляды основательно изменили общую точку зрения на эту болезнь, особенно на методы ее лечения, а также полностью преобразили отношение общества к людям, пораженным этим недугом. С этого времени к больным с истерическими расстройствами перестали относиться как к лицам, подверженным эмоциональным потребностям и физическому страданию, а стали считать, что они одержимы дьяволом, заколдованы в союзе с дьяволом и даже принадлежат к числу еретиков. Именно эта идея св. Августина в дальнейшем будет вдохновлять на массовые преступления, совершенные в период многовековой «охоты на ведьм» и составившие одну из самых черных страниц истории человечества.

2.2. Средние века

Истерия
Якубик А.

В период с V по XIII век наступил упадок медицины, которая опиралась в основном на сведения, почерпнутые из Библии и трудов отцов церкви. В этот период отмечается своеобразное раздвоение взглядов на этиологию и лечение истерии: врачи исповедовали древние теории блуждающей матки, эклектично соединенные с концепцией Галена о роли полового воздержания, а теологи в свою очередь объясняли истерические симптомы одержимостью и колдовством в соответствии с изречением св. Августина о том, что «нет болезней не от колдовства» [Veith, 1965, с. 55]. Так истерия перестала быть болезнью и в качестве явного признака колдовства должна была подлежать компетенции церковной инквизиции и суда. С верой в колдовство неотделимо связывалось убеждение о том, что колдуньи были соблазнены дьяволом или заключили с ним союз, т. е. они становились еретиками. Так как ересь была преступлением, их не лечили, а карали в судебном порядке тюремным заключением или смертной казнью путем сожжения на костре.

Принятие концепции о происхождении психических болезней от демонов вызвало развитие специфических методов лечения: молитв и экзорцизма (изгнания из одержимых дьявола с помощью молитв и заклинаний). Особенно впечатляющими были чудесные исцеления больных с истерическими расстройствами.

Прекрасным примером существовавшей медико-теологической двойственности может быть текст, который использовался для экзорцизма у одержимых с истерической симптоматикой, обнаруженный в рукописи X века [Zilboorg, 1941, с. 130].

«.. Во имя Отца, Сына и Святого Духа. Господи, Владыка небесного воинства, перед которым, дрожа, стоят Ангелы. Аминь, аминь, аминь. О матка, матка, матка, округлая матка, красная матка, белая матка, мясистая матка, кровавая матка, головчатая матка, наполненная матка, о дьявольская матка!

Заклинаю тебя, матка, Святой Троицей, чтобы ты безо всякой боли вернулась на

свое место и оттуда не двигалась, не отклонялась, без гнева вернулась на место, где тебя Бог поместил.

Заклинаю тебя, matka, девятью ангельскими воинствами и всеми небесными силами, чтобы ты смиренно и спокойно вернулась на место свое и оттуда не двигалась, не причиняла этой рабе божьей N страданий.

Заклинаю тебя, matka, патриархами и пророками, а также всеми апостолами Христовыми, всеми мучениками и праведниками, всеми Девами и святыми божьими, чтобы ты не вредила рабе божьей N.

Заклинаю тебя, matka, господом нашим Иисусом Христом, ходившим сухими стопами по водам, исцелявшим больных, изгонявшим злых духов, воскрешавшим мертвых, кровью которого мы искуплены, раной исцелены, кровоподтеками излечены. — им самим закликаю тебя, чтобы ты не вредила рабе божьей, не держала ни голову, ни шею, ни горло, ни грудь, ни уши, ни зубы, ни глаза, ни нос, ни спину, ни плечи, ни руки, ни сердце, ни желудок, ни печень, ни селезенку, ни почки, ни хребет, ни бока, ни суставы, ни пупок, ни внутренности, ни пузырь, ни бедра, ни голени, ни ноги, ни ногти ее — чтобы ты не держала их, а, успокоившись, осталась на месте, которым бог тебя наделил, чтобы здорова была раба божья N. Да соблаговолит наделить этим тот, кто един в троице и тройствен в единении, да будет бог здравствовать и царствовать во веки веков. Аминь» (перев, с лат. R. Zeranski).

Экзорцизм проводили по определенному правилам ритуалу, но часто ожидаемого эффекта достигали, пользуясь, например, учебником латинской грамматики или другим текстом, например, в XVI веке в Анжере экзорцист воспользовался словами «Энеиды» [Ernst, 1972].

Церемонии изгнания дьявола обычно имели зрелищный характер, собирали толпы людей, делая подвергаемое лицо центром всеобщего интереса. Одержимость также нарушала монотонность повседневной жизни, помогала освободиться от супружеских уз, а нередко и вступить в новые сексуальные связи, давала возможность обвинить враждебных одержимому (а иногда и экзорцисту) людей и т. п. Это способствовало появлению разнообразных красочных истерических симптомов, тем более что сам процесс изгнания дьявола был для одержимых чем-то вроде своеобразного катарсиса. Дополнительным фактором, усиливавшим и распространявшим проявления истерии, была постепенно нарастающая атмосфера страха, опасности и жестокости, сопутствовавшая процессам по обвинению в колдовстве.

Прообразом процессов ведьм были преследования еретиков в южной Франции, начатые крестовым походом против альбигойцев в начале XIII века. В ходе непрекращающихся процессов над еретиками воображение инквизиторов создало миф грозной секты колдунов, члены которой якобы поклонялись дьяволу и занимались колдовством. Поэтому начало преследования ведьм в конце XV века явилось продолжением более ранней деятельности инквизиции. В 1484 г. папа Иннокентий VIII издал энциклику «*Summis desiderantes*», которая уполномочивала отслеживать и уничтожать колдуний как членов новой еретической секты, которые напускали порчу на других людей и были причиной многих других несчастий. По сравнению с папской буллой изданный двумя годами позднее немецкими инквизиторами Kramer и Sprenger «Молот ведьм» стал

уже проявлением крайнего фанатизма, абсурда и буквально патологического женоненавистничества. В результате жестокости и религиозного фанатизма в Европе было сожжено на костре и замучено пытками более миллиона невинных, в том числе много психически больных и женщин с симптомами истерии. За тот же период, т. е. в XV—XVIII веках, в Польше погибло в результате процессов по обвинению в колдовстве около 10000 человек, что свидетельствует о значительно более терпимом отношении нашего (польского. — Примеч. пер.) общества к этим вопросам [Lyskanowski, 1969]. Более детальные сведения о преследовании ведьм можно найти в обширной литературе по этому вопросу [Anderson, 1970; Baschwitz, 1971; Ernst, 1972; Robbins, 1961; Summers, 1956].

Часто одержимость носила коллективный характер, особенно среди монахинь и детей, у которых проявлялась разнообразная картина истерических расстройств, ХО1Я преобладали судорожные припадки, параличи, расстройства сознания, фантазии, похожие на бред, истерические галлюцинации и т. п. Благодаря сохранившейся до наших дней судебной документации процессов по обвинению в колдовстве мы довольно подробно знаем об эпидемиях одержимости в женских монастырях и приютах [Baschwitz, 1971; Ernst, 1972]. К числу самых знаменитых монастырских эпидемий относятся случаи коллективной истерии в 1609 г. в Эксе, в 1610 г. в Лилле, в 1633 г. в Лудюне, в 1643 г. в Лувь-ере и в 1749 г. в Унтерцелле. Среди эпидемий одержимости у детей чаще всего упоминаются события 1668 г. в Море, 1566 г. в Амстердаме, 1692 г. в Сейлеме, 1715 г. в Вассербур-ге, 1721 г. во Фрайсинге, 1722 г. в Мосбурге и др. В случаях коллективной одержимости процедуры изгнания дьявола не только были бесполезными, но и усиливали эпидемию. Единственным эффективным методом были изоляция, разделение больных. Иногда среди них встречались лица, действительно больные психически. Стоит вспомнить, что, например, продолжавшаяся несколько лет эпидемия одержимости среди всех семи монахинь монастыря урсулинок в Лодене (вместе со своей знаменитой игуменьей, матерью Иоанной от Ангелов) была мгновенно ликвидирована, когда кардинал Ришелье отменил выплачиваемое им регулярно пособие для убогих монахинь [Baschwitz, 1971].

Характерным для средневековья явлением были так называемые коллективные психозы. Одной из форм истерического коллективного психоза ошибочно считают походы кающихся (флагеллантов), т. е. толпы фанатиков, бичующих себя до крови и призывающих ко всеобщему искуплению грехов. Флагелланты представляли собой истинно еретическое движение, они выступали против церкви и духовенства, а также против еврейского населения, которое обвиняли в распространении моровой язвы (чумы). Их походы возникали в различных городах и странах почти по всей Европе. Они не отступали перед применением насилия, подавляли сопротивление городов и расправлялись с их еврейским населением. Ряды флагеллантов быстро росли, так как публичное бичевание производило глубокое впечатление на измученное, терзаемое эпидемиями и охваченное смертельным ужасом население. Папа Климент VI издал буллу, запрещающую флагеллантам бродяжничать, а объединенные церковные и мирские власти быстро подавили в 1350 г. это еретическое движение. Среди флагеллантов находились субъекты с истерической личностью, но само это движение не носило характера массовой истерии в клиническом значении этого слова.

Другой формой массовых психозов были истерические пляски, имевшие уже явные черты экстатических состояний и истерического транса. Первые сведения о

них относятся к 1021 г., когда в Кольбиге 12 крестьян прервали богослужение танцами и криками, продолжавшимися несколько часов [Szczurowski, 1971]. В 1237 г. в Утрехте обрушился мост, в связи с тем что на нем находились 200 человек, одержимых истерической пляской; все эти люди утонули в Рейне. Во второй половине XVI века в Германии возникла секта плясунов, состоявшая из большого числа мужчин и женщин, которые в 1375 г. двинулись из Ахена в Голландию, Фландрию и Францию, открыто выступая против духовенства и нарушая церковные церемонии. Все были охвачены диким безумием танца, и в кульминационный момент религиозного экстаза танцорам казалось, что перед ними открывается небо и они видят бога. Такие зрелища оказывались заразительными для зрителей, которым быстро передавалось безумие плясок. Летописи сообщают, что в Кельне, Майнце и Страсбурге (например, в 1418 г.) истерическим пляскам были подвержены сотни и даже тысячи людей. В противоположность кроваво подавленному движению флагеллантов (по существу только в Польше их не карали смертной казнью; см. Bilikiewicz, Lyskanowski, 1975) эпидемия истерических плясок угасла в результате энергичных мероприятий по изгнанию демонов путем заклинаний и молитв св. Биту и св. Иоанну, которые покровительствовали одержимым плясками. Отсюда и термин «пляска св. Вита» («пляска св. Иоанна»), которым обозначали эпидемии плясок, а также приступы истерической хореи. В XV и XVI веках истерические пляски встречались спорадически и в более легкой форме [Lemkau, 1973].

Одной из форм истерических плясок были религиозно-экстатические обряды, сочетающиеся с танцами и музыкой, которые совершались в XVII и XVIII веках в южной Италии [Katner, 1956]. Это эндемически обнаруживаемое явление, Называемое тарантизмом (или тарантулизмом), сохраняется до сегодняшнего дня в Апулии и считается остаточной формой обрядов, посвященных богине Кибеле [Martino, С клинической точки зрения это истерически-фобические реакции, проявляющиеся в виде танцевального транса при звуках тарантеллы [Jervis, 1971; Jervis-Comba, 1971]. Они возникают внезапно в связи с мнимым укусом ядовитого паука тарантула. Музыка — метод лечения истерических расстройств этого типа. В настоящее время тарантизм имеет две формы: 1) коллективные танцы в часовне по случаю ежегодного празднования дня св. Павла; 2) домашние танцы в одиночку, реже в группе из нескольких человек. Среди тарантистов иногда встречаются психически больные. Методологическая небрежность психиатрических исследований [Jervis, 1971] и психологических разработок [Jervis-Comba, 1971] не позволяет более полно охарактеризовать лиц, подверженных этой культурально обусловленной форме истерии. Еще в I веке н.э. в Риме разыгралась эпидемия ликантропии, проявляющейся в истерических приступах лая и воя. Охваченные ею люди были по ночам, как волки, а также выкапывали и пожирали трупы на кладбищах [Zilboorg, 1941]. В XVII в. подобная эпидемия наблюдалась во Франции, что связано с верой в превращение человека в волка и было частым обвинением в процессах ведьм. Убеждение в возможности превращения человека в волка сохранилось почти до наших дней на Балканах и в прибалтийских областях [Mitarski, 1977]. В настоящее время истерические реакции в форме ликантропии чрезвычайно редки и проявляются в основном истерическим лаем. Ликантропию как форму психического расстройства впервые описал Bayfield в 1663 г.

2.3. Возрождение

Истерия
Якубик А.

Возврат к медицинским взглядам на истерию произошел в XVI веке. В то время

Парацельс отверг взгляды Гиппократ и Галена и причислил истерию к душевным болезням. В этиологии ее, кроме сексуального компонента (поэтому он называл истерические пляски «*chorea lasciva*», или похотливая хорея), он подчеркивал роль воображения, фантазии и убеждений, которые «исключают разум» [Sigerist, 1941].

Известный медик эпохи Возрождения Jahann Weyer (Wierus) выступал против преследования колдуний, а одержимость считал болезнью. Он детально описал эпидемии одержимости в женских монастырях в Кельне, Веерте, Ксантене, Ниймегене, Ден-Босхе и др., в которые его приглашали в качестве врача и судебного эксперта. При массовой истерии он советовал изолировать больных монахинь (или отсылать их к своим семьям), избегать мероприятий, которые могли бы вызвать у больных чувство собственной значимости вследствие всеобщего интереса к их особе (поэтому он считал противопоказанными торжественные изгнания дьявола), запрещать молодым девушкам наблюдать судороги одержимых, так как они наиболее подвержены «заражению» этой болезнью.

Амбруаз Паре, французский хирург, описал много случаев истерических расстройств и вылечил многих больных. Он был сторонником старых концепций истерии, которые несколько расширил, и считал, что следует дифференцировать истерические симптомы, обусловленные отсутствием менструаций (по его мнению, вынужденное половое воздержание вызывало прерывание месячных), и симптомы, причиной которых была «порча маточного семени» [Veith, 1965]. Во втором случае проявления должны быть более тяжелыми, например, затруднение дыхания нарастало до удушья. Основным симптомом истерии Паре считал сердцебиение. Он полагал, что молодые женщины, живущие в городе или принадлежащие к высшим слоям общества, более предрасположены к истерии, чем женщины из низших слоев общества или деревенские, живущие в трудных условиях, выполняющие тяжелую работу и окруженные менее ханжеской атмосферой во всем, что касается половых вопросов. Применяемые А Паре методы лечения мало отличались от терапии, используемой древними египтянами, но, кроме окуривания, впрочем, с помощью специального прибора собственной конструкции, он предлагал влагалищные кольца, банки на подчревную область или пиявки на шейку матки. При судорожных припадках лечебная тактика А. Паре была бесцеремонной и даже грубой, например волочение по земле за волосы или за лобковое оволосение. Кроме того, замужним женщинам он рекомендовал частые половые сношения, а девицам — прогулки, танцы и верховую езду.

Английский врач Edward Jorden расценивал одержимость как проявление истерии, т. е. болезни, которую назвал «удушьем матки». Случаи исчезновения истерических симптомов под влиянием поста и молитв он связывал с «легковерным убеждением больных в целительных свойствах этих средств» [Veith, 1965, с. 121]. Он признавал, что, кроме матки, и другие внутренние органы, например мозг, сердце или печень, могут подвергаться истерическим расстройствам. Это происходит двумя путями: 1) вредные субстанции, например «пары» (выделения больной матки), поступают из матки в другой орган; 2) возникает своего рода взаимодействие между маткой и другим органом, который начинает быть «созвучным страданию» (например, участие по этому принципу мозга приводит к расстройствам «умственных способностей», воображения, памяти, ослаблению интеллекта и т. п.). Нарушение «умственных способностей»

вызывало нарушения в области отдельных органов чувств, что проявлялось внезапной потерей зрения, слуха, речи, параличами, анестезиями, судорогами и т. п. Таким образом, фундаментальные симптомы истерии Jorden косвенно связывал с мозгом, не отказываясь одновременно от «маточной» этиологии. Он выдвигал комплементарную терапию, т. е. лечение как тела, так и разума. Во втором случае терапия должна быть направлена на снятие эмоционального напряжения и ликвидацию враждебных чувств, вызывающих истерические симптомы. По мнению Jorden, в лечебном процессе должны участвовать родственники, друзья больной, которые путем добрых советов и убеждения могут эффективно противодействовать отрицательным эмоциям, переживаемым пациенткой. Это первые в литературе психотерапевтические рекомендации для лечения истерии.

Взгляды, близкие Jorden, высказывал Robert Burton, причислявший в 1623 г. истерию к одной из форм меланхолии (так называемая меланхолия девиц, монахинь и вдов). Он считал, что женщины, выполняющие тяжелую физическую работу, очень редко подвержены истерии. Причины болезни он искал не только в половом воздержании (осуждая при этом людей, выбирающих безбрачие или одинокую жизнь, как действующих против законов природы), но и в неправильном поведении окружающих по отношению к больным истерией. Он эклектично объединил старые концепции с акцентированием значения эмоциональных процессов. Почти такие же идеи пропагандировал William Harvey, который, кроме того, впервые описал истерическую беременность. Следует подчеркнуть, что в этот период особым успехом среди английских врачей пользовалась концепция «паров», ставших с течением времени в англосаксонской литературе синонимом истерии.

Конец эпохи Возрождения завершают основополагающие концепции Charles Lerois (известен также как Carolus Piso), явившиеся результатом его богатого клинического опыта. Он впервые непосредственно выразил убеждение в том, что истерия — это болезнь мозга («жидкость накапливается в задней части головы и приводит к раздуванию и расширению начальных участков нервов». — Cesbron, 1909, с. 98), которая наблюдается также у мужчин и детей. Основным аргументом, подтверждающим эту теорию, он считал наличие истерических головных болей, которые равным образом характерны для обоих полов и исключают поэтому какую-либо связь с маткой. Опубликованные в 1618 г. взгляды Lerois ждали почти 300 лет официального признания психиатрами.

2.4. Просвещение

Истерия
Якубик А.

Через несколько десятилетий после открытия Lerois выдающийся знаток нейроанатомии Thomas Willis сформулировал теорию мозгового происхождения истерии, но одновременно не исключал возможность «маточной» этиологии. Он обнаружил истерические симптомы и у мужчин, хотя женщины, по его мнению, были более подвержены этому заболеванию вследствие более слабой конституции. На основании вскрытия трупов Willis считал, что источник истерии находится «в пределах головы» [Veith, 1965], так как в матке посмертно не обнаруживается никаких патологических изменений. К сожалению, правильные эмпирические наблюдения смешаны у него с иррациональными идеями о влиянии «животных

духов» на передние части мозга (истерические судорожные припадки) и средние отделы (приступы эпилепсии). Склонность к судорогам якобы переносили межреберные и блуждающий нервы к внутренностям и грудной клетке. Willis пытался интерпретировать методы лечения, применявшиеся в древности, в соответствии со своими неврологическими теориями. Типично истерическим феноменом он признавал тенденцию к «абсурдным измышлениям» [Lisfranc, 1966], описанную затем в литературе под названием «псевдология».

Существенный вклад в развитие взглядов на истерию внес Thomas Sydenham. Он отвергал «маточную» и гуморальную этиологию и, обратив внимание на сопутствующие этим расстройствам эмоциональные переживания, «волнения», предположил психическую обусловленность истерии [Sauri, 1975]. Он отмечал не только «хамелеоноподобную» изменчивость и многообразие симптомов, но также и эмоциональную неуравновешенность и полярность чувств этого типа больных [«они неумеренно любят тех, кого скоро будут неразумно ненавидеть»; Veith, 1965, с. 142]. Sydenham подчеркивал тот факт, что больные истерией соматически здоровы. В патогенезе истерии он различал влияние отдаленных (внезапные взрывы сильных эмоций) и непосредственных («животные духи») причин. В свою очередь отсутствие равновесия между телом и разумом вызывало расстройства в той части тела, которая оказывалась в данный момент наиболее слабой. Несомненными признаками истерии он считал учащенное мочеиспускание и болевые симптомы, особенно боли в спине (в числе прочих он описал истерическую зубную боль). Он утверждал, что истерия проявляется также и у мужчин, назвав ее ипохондрией (современное значение этого термина Falret определил только в 1822 г.). В отличие от терапевтических методов Sydenham, которые были основаны на приеме слабительных и кровопусканиях, его взгляды на этиологию истерии не были признаны. Целью лечебных мероприятий было «укрепление и очищение крови», так как истерия приводила к накоплению «гнилостных жидкостей», повреждающих органы, функцией которых являлось выделение из крови всех «нечистот» [Sauri, 1975].

Болезнью «нервов» считал истерию Robert Whytt, шотландский физиолог. У некоторых лиц, нервы которых обладают «необычной чувствительностью» [Veith, 1965], при истерии нарушаются различные телесные функции благодаря связи нервов со всеми органами. Истерические симптомы проявляются чаще и в более резкой форме у женщин, чем у мужчин. В том же трактате 1764 г. он описывает влияние сильных эмоциональных переживаний на возникновение припадков истерических судорог или обмороков. Там же описано «перенесение» симптомов заболевания от одного лица к другому путем «сочувствования» между их нервными системами [Veith, 1965]. Он детально изложил богатую клиническую картину истерии, причем впервые описал катаlepsию, приступы кашля, прожорливость, которую назвал «собачьей прожорливостью». В терапевтических рекомендациях его взгляды не отличались от взглядов Sydenham, исключая частое назначение опиума (о привыкании к нему он не знал).

Тормозящее влияние на развитие взглядов на истерию оказали в то время работы William Cullen. Исследования эпилепсии привели его к выводу, что она вызвана расширением кровеносных сосудов мозга, а в связи с этим он утверждал по аналогии, что истерия обусловлена «набуханием» сосудов половых органов. Истерические симптомы он связывал также с нарушениями менструального цикла и заболеваниями яичников и с патологически усиленным половым влечением (подобно de Sauvages, он назвал эту форму *hysteria libidiosa*). По мнению Cullen,

все болезни можно свести к нарушениям функции нервной системы, проявляющимся повышением или снижением «тонуса». Все нервные расстройства, характеризующиеся спазмами или атонией, в том числе истерию, он определял общим термином «невроз» (1776).

Всеобщим признанием в тот период пользовалась теория «паров», разрабатываемая не только английскими, но и французскими врачами, в том числе Pierre Pomme и Joseph Raulin. Raulin наравне с термином «истерия» использовал понятия «пары» и «парообразные нарушения», хотя и отвергал первоначальное значение этого понятия (т. е. «пары» как выделения больной матки, которые, проникая в верхние части организма, якобы вызывали разнообразные соматические истерические симптомы) [Veith, 1965]. Так же как Gullen, Raulin считал, что истерические симптомы проявляются чаще у женщин, чем у мужчин, что было связано со все той же пресловутой женской впечатлительностью, чувствительностью. Но воображение играет важную роль и у мужчин, и это несколько раньше подметил Thomas Bartholin, опубликовавший описание случая заболевания у мужчины, страдавшего от «колик в животе в то время, когда его жена мучилась родовыми болями» [Veith, 1965]. Raulin также писал о «заразительности» истерии, что иллюстрировал случаями коллективных припадков резкой икоты, охватившей 5 женщин.

Пионер психосоматической медицины, итальянский физиолог Giorgio Baglivi выдвинул концепцию эмоциональной детерминированности истерии. Насколько Sydenham считал эмоциональные переживания сопутствующими развитию истерических симптомов, настолько Baglivi полагал эмоции единственной причиной истерии, признав ее душевной болезнью. Он первым описал (1696) механизм развития массовой истерии на основании явлений воображения, внушения и подражания. Он подчеркивал, что эмоционально неуравновешенные лица более подвержены различным заболеваниям, особенно истерии. Baglivi полагал, что легкая жизнь, излишнее подчинение своим прихотям и пресыщение могут приводить к истерическим расстройствам. Поэтому для устранения изнеженности, физической слабости он рекомендовал диету, ванны, физические упражнения, охоту и т. п. Прямо противоположные советы давал современник Baglivi американский пастор Cotton Mather. Он считал необходимым полный покой (отсутствие физических и психических усилий) для того, чтобы укрепить силу Нишмат-Хайим («дыхание жизни») — гипотетическую субстанцию, присутствующую, по его мнению, у всех людей.

Предприняв попытку классификации болезней по их клинической картине, Fran

Американский психиатр Benjamin Rush, представитель психосоматической ориентации, обратил внимание на факт, что истерия постепенно становится символом социального расслоения, так как проявляется у лиц благородного происхождения, не занимающихся трудом, и не возникает среди низших слоев общества, представители которых вынуждены выполнять тяжелую физическую работу, к тому же время и окружение не позволяют им «предаваться истерическим расстройствам» [Veith, 1965, с. 174]. Аналогичные наблюдения приведены Rabelais, Burton, Baglivi, позднее Lieutaud. Rush, кроме того, обнаружил, что многие субъекты с истерическими расстройствами и слабым телосложением возвращались к полному физическому и психическому здоровью благодаря перемене занятий, места и условий жизни, к которым их принуждала, например,

война.

Новый взгляд на проявления массовой истерии высказал Herman Boerhaave, оказывавший помощь во время эпидемических приступов судорог среди воспитанников сиротского приюта. Он поместил в каждой комнате котлы, в которых раскалил железные крючки, а затем объявил, что каждому ребенку, у которого возникнет еще один припадок судорог, этим крючком выжгут клеймо до самой кости. После этого заявления приступы массовой истерии сразу прекратились. Boerhaave видел причину массовой истерии в тяжелых материальных условиях, строгой дисциплине и системе ограничений, типичных для монастырей и приютов [Stam, 1975].

2.5. XIX век

Истерия
Якубик А.

Первая половина XIX века была периодом крайних противоречий и многообразных мнений, касающихся проблемы истерии. Например, в Германии Romberg, Valentiner, Meyer признавали еще «маточную» этиологию, Schutzensberger считал причиной истерии воспаление яичников, а Brodie в Англии сформулировал принцип лечения истерических параличей «выжиданием», так как симптомы «проходят сами по себе под влиянием сильных переживаний» [Gilles de la Tourette, 1896, с. 4].

Philippe Pinel, не обнаружив на вскрытии в мозге психически больных никаких патологических изменений, выдвинул теорию «моральной» детерминированности психических расстройств. Он причислял истерию к группе неврозов, рассматриваемых в категориях физических и (или) моральных расстройств нервной системы [Pinel, 1813], что более или менее соответствует современному разделению на функциональные и органические расстройства. Он находил истерию как у женщин, так и у мужчин и полагал, что нимфомании (или «бешенству матки») у женщин соответствует сатириазис у мужчин. Таким образом, Pinel возобновил старые представления о значении сексуальных факторов в этиологии истерии. Его основной заслугой в области исследования истерии были отказ от английских неврологических теорий более чем двухсотлетней давности и создание теории, допускающей возможность истерических расстройств без органических изменений нервной системы.

Ernst von Feuchtersleben различал психозы и неврозы, к которым среди прочих причислял истерию и ипохондрию. Он считал, что у женщин истерия проявляется прежде всего сенсорно-моторными нарушениями, а у мужчин — колебаниями настроения и симптомом истерического комка. В подробных описаниях клинической картины истерии заслуживает внимания анализ истерических болей и повышенной чувствительности к тактильным раздражителям, которую автор называл «гиперафией». Среди факторов, предрасполагающих к истерии, он перечислял: себялюбие, привилегированное положение в семье и в обществе, пресыщенность впечатлениями и скуку, безразличие, житейские неудачи и т. п. Самым значительным достижением Feuchtersleben было создание динамической концепции психических расстройств, одним из проявлений которых была истерия, возникающая на определенном этапе филогенетического развития (например, у женщин в периоды полового созревания и климакса). На

динамической точке зрения была основана также терапия, носившая индивидуальный характер и учитывавшая не только симптомы, но прежде всего причинные факторы и методы предотвращения рецидивов. Автор подчеркивал важность воздействия на личность больного на его окружение для эффективного лечения истерии. С целью лучшего понимания больных он анализировал их сновидения и интерпретировал «неосознанный язык» снов, содержание которых, по его мнению, относилось главным образом к далекому прошлому. Это направление продолжит лишь значительно позже Фрейд. Feuchtersleben помещал истерию в некий континуум между здоровьем и болезнью и рассматривал человека как психофизическое единство (в 1845 г.!).

В свете ценных и современных концепций Feuchtersleben еще более отсталыми и бесполезными представляются взгляды немецкого психиатра Wilhelm Griesinger, связанные с соматической интерпретацией патогенеза истерических расстройств, объясняющей истерию заболеваниями матки, яичников и влагалища. В развитии истерических симптомов значительную роль играла врожденная эмоциональная предрасположенность. Выдвигая тезис о существовании единой, но с разными проявлениями психической болезни, Griesinger считал истерию неспецифической формой расстройств нервной системы. Он выделял легкие формы истерии, которые не расценивал как психическое заболевание, и «тяжелые истерические психические расстройства». Первые характеризовались незначительными и кратковременными сенсорно-моторными симптомами и такими признаками, как чрезмерная чувствительность, склонность все относить к себе, изменчивость настроения, капризность, возбудимость, «переменчивость отношения» под влиянием внешних факторов. Больные, страдающие истерией, имели также много отрицательных характерологических черт, например, тенденцию к лжи, увиливанию, ревности, злорадству и т. п. Griesinger отрицательно оценивал и критиковал больных за подобные качества. Такое отношение порицания, полярно противоположное сочувствию Sydenham и эмпатии Feuchtersleben, обусловило формирование мнения врачей, что истерия—это неправильное поведение в результате умышленных действий. Это мнение можно встретить и сегодня среди врачей различных специальностей, а нередко и среди психиатров. Кроме того, Griesinger ошибочно отождествлял «тяжелые истерические психические расстройства» с маниакальным синдромом [Veith, 1965]. Следует упомянуть парадоксальный факт, что часто он ставил диагноз истерии у мужчин, будучи убежденным, что основные причины ее, кроме врожденной эмоциональной предрасположенности, сводятся к нарушениям менструального цикла и разнообразным болезням матки или яичников. Однако он никогда не пытался объяснить предполагаемый механизм патогенеза истерии у мужчин.

Эмоциональную обусловленность истерических симптомов исследовал и описал Robert Carter, английский хирург и окулист. Он предполагал, что в этиологии участвуют три фактора: темперамент субъекта, события или ситуации, провоцирующие начало расстройства, а также степень, до которой субъект вынужден скрывать или «вытеснять побуждающие эмоции», в особенности «половые страсти» [Carter, 1853, с. 21]. Carter полностью исключил из этиологии истерии органические заболевания и функциональные расстройства половых органов, а также ограничил патогенное влияние полового влечения лишь «вытеснением» половых желаний. Эту идею продолжит через много лет Фрейд. Carter считал, что женщины более подвержены истерическим расстройствам по причине большей чувствительности и более сильного полового влечения (по принципу древних: *salacitas major, major ad hysteriam proclivitas*), а также влияния

общественного мнения, заставляющего не обнаруживать половые потребности. Он выделял три формы истерии: первичную (первый судорожный припадок), вторичную (припадки, возникающие в результате спонтанного или вынужденного припоминания эмоций, вызвавших первый припадок) и третичную (симптомы принимают форму болезней, перенесенных самим пациентом или им наблюдавшихся). Последняя форма истерии чаще всего проявляется у людей, считающих, что они заброшены, лишены заботы, и поэтому усилия их направлены на привлечение желанного внимания, заботы и симпатии. Необыкновенно интересно обсуждение так называемых симулированных осложнений, наблюдавшихся автором: например, помещение в рот пиявок для вызывания кровотечений, тугое бинтование для демонстрации отека суставов, задержки стула и мочеиспускания, разнообразные повреждения кожи (потертости, ссадины, надрезы) и даже влагалища (введение средств, раздражающих слизистую оболочку). Carter высказывал мнение, что сопутствующие патологические процессы (например, малокровие, зоб) повышают склонность к возникновению истерических симптомов.

Весьма изощренными были терапевтические рекомендации Carter. Так, он назначал общеукрепляющие средства и лекарства, повышающие устойчивость организма к эмоциональным влияниям (рыбий жир, железные опилки и т. п.); но советовал применять их осторожно из-за склонности этой категории больных к злоупотреблению лекарствами. Наиболее эффективным он считал «моральное» лечение. Кроме того, при каждой из форм истерии он советовал назначать различное лечение; например, при первичной истерии не следует вообще применять лекарств, а надлежит лишь удалить источники эмоционального напряжения и предохранять от последующих приступов посредством физических и «интеллектуальных» упражнений [Carter, 1853]. Суть проблемы заключается в том, чтобы обнаружить, какие из эмоций не проявляются или проявляются, т. е. обуславливают появление первого припадка истерических судорог, и это позволит предупредить дальнейшие припадки. Частое повторное появление судорог Carter связывал с необнаруженной первичной эмоциональной причиной. В свою очередь третичная истерия отличается от первичной и вторичной тем, что она продумана и направлена на получение определенного эмоционального вознаграждения (например, привлечение внимания, удовлетворение сексуальных потребностей). При этом больные развивают необыкновенную «симулятивную изобретательность». По мнению Carter, при этой форме истерии лечение неэффективно до тех пор, пока больная остается в привычном окружении. Абсолютно показана в этих случаях изоляция больных от семьи и друзей, чтобы они не могли вмешиваться в лечение, а также для того, чтобы не узнали, что большая часть жалоб была плодом симуляции. Следует признать очень проницательными замечания и советы Carter, касающиеся «морального» лечения, которые охватывают большую часть современных правил психотерапевтического подхода (например, поощрение больных к рассказу о своих настоящих и прошлых проблемах, болезнях, опасениях, достижениях, достоинствах и недостатках и т. п.; первоначально полное согласие с поведением пациента и лишь затем предъявление требований; акцентирование важности завоевания врачом доверия больного для эффективного лечения; самостоятельное, а не интерпретированное врачом обнаружение больными мотивов и причин своего поведения и симптоматики и т. д.). Кроме того, Carter был убежден, что устранение истерических проявлений в больничных условиях — задача трудная, а нередко и невозможная, хотя бы вследствие склонности больных подражать

расстройствам, наблюдаемым у других больных [Carter, 1853].

Несмотря на новизну, оригинальность и глубину многих своих концепций, Carter, подобно Griesinger, к больным истерией относился недоброжелательно и пренебрежительно. По их примеру многие авторы стали высказывать отрицательное мнение о больных такого типа [например, Jules Faïrest говорил открыто, что их характеризует «дух двуличности и фальши»; Veith, 1965] и даже неоднократно поступали не по-врачебному, используя по отношению к истерическим больным разнообразные наказания. Ошибочное убеждение в аморальности поведения больных, страдающих истерией, и вера в сексуальную почву этих расстройств привели Alfred Heger к использованию оперативного удаления яичников при хронических истерических синдромах, а Nikolaus Friedreich— к введению метода прижигания клитора.

Silas Weir Mitchell, один из пионеров американской неврологии и нейрофизиологии и сторонник тесной связи между органическими повреждениями нервной системы и истерией и симуляцией, проявлял настоящую симпатию и понимание по отношению к больным, страдающим истерическими симптомами. Он отвергал половые факторы, а основной причиной истерии считал излишнюю заботливость, чрезмерную любовь и опеку матери и ближайших родственников по отношению к больному. Отсюда родилась его идея лечения отдыхом как физическим (длительный период лежания в постели), так и «моральным» (удаление от ближайшего окружения, составляющего как бы «часть житейской слабости» больных) [Veith, 1965, с. 216]. Моральное лечение должно включать в себя различные элементы психотерапевтического воздействия. С целью получения ценной информации о возможных причинах возникновения истерии Mitchell требовал от врачей детально знакомиться с историей жизни каждого больного путем бесед с ним или письменного изложения биографии самим больным. Mitchell был глубоко убежден, что проблемы, занимающие больных с истерическими нарушениями, типичны для всех людей и отличаются только степенью выраженности.

В зависимости от исповедуемых взглядов истерию называли по-разному, например: нейроспазмией (Colombat), morbus ilias (Liedaud), morbus cohoris (Hoffman), безлихорадочная судорожная церебропатия (Georget) и т. п. Paul Briquet, автор монументального клинического исследования по истерии, включающего анализ 430 наблюдений, считал, что «истерия— общее заболевание, изменяющее функционирование всего организма» [Briquet, 1859, с. 517], а в ее патогенезе важную роль играют нарушения в сфере стремлений и поведения индивида. Он также подтвердил наличие истерических симптомов у мужчин. Отсутствие единодушия в этом вопросе в сущности характеризует весь XIX век, хотя в практике было распространено мнение о проявлении истерии исключительно у женщин. Ныне заслугу опровержения этого ложного убеждения несправедливо приписывают Фрейду, будто историки психиатрии забыли, что еще в 1880 г. во Франции A. Klein написал докторскую диссертацию об истерии у мужчин на основании клинико-статистического (!) анализа 78 наблюдений [Lisfranc, 1966].

Среди концепций истерии в XIX веке не обошлось также без месмеровской теории. По мнению Ellenberger (1970), созданная во второй половине XVIII века Францем Антоном Месмером так называемая теория животного магнетизма явилась звеном, соединившим веру в экзорцизм с последующим развитием

динамической психиатрии, начавшимся с появления психоанализа. Систему Месмера можно свести к четырем фундаментальным принципам: 1) вселенную наполняет нежный, невидимый физический флюид, который создает однородную среду, соединяющую человека, землю и небесные тела, а также людей между собой; 2) тот же флюид магнетического характера (космическое влияние планет на человека можно сравнивать с притяжением между магнитом и металлическим предметом) циркулирует в теле человека, и поэтому источник любой болезни в неправильном его размещении, а лечение состоит в восстановлении магнетического равновесия тела; 3) с помощью определенных приемов флюид можно передавать, собирать и переносить на другие лица, благодаря этому можно лечить болезни; 4) флюид можно переносить на другого человека не только с помощью магнита, но и прикосновением руки (отсюда название «живой магнетизм») [Mesmer, 1779]. Таким образом Месмер лечил прежде всего истерические расстройства. Обнаружив, что целительная сила магнетического флюида возрастает, если лечить одновременно много больных, он ввел групповое лечение. Своеобразное шарлатанство и личное обаяние Месмера, а также таинственная атмосфера, в которой проходили терапевтические сеансы, оказались эффективными в ликвидации различных истерических симптомов.

Месмер приводил пациентов в специфическое состояние сна, после которого они просыпались исцеленными и освеженными. Явлением своеобразного «магнетического сна» заинтересовался последователь Месмера маркиз Puységur [Ellenberger, 1970]. Его вклад в развитие исследования этого лечебного метода явился главным образом результатом клинического наблюдения Victor Race, пастуха, который с удивительной легкостью погружался в «магнетический сон». Puységur и его коллеги начали исследование состояний сна и бодрствования и патологических феноменов, подобных вызываемым во время «магнетического сна». Только James Braid, шотландский хирург, назвал этот вид сна «гипнотизмом» (или «нейрогипнотизмом»), но он утверждал, что гипнотические явления вызываются путем «влияния впечатлений на нервные центры», а не с помощью «мистического флюида» или какого-либо другого средства, переносимого от врача к пациенту [Braid, 1843, с. 10]. Braid и независимо от него John Elliotson применяли гипноз для снятия боли во время оперативных вмешательств. Braid считал, что гипноз особенно эффективен в лечении функциональных расстройств, поэтому успешно лечил и истерические симптомы (например, глухоту, параличи, головную боль). Взгляды Braid не были приняты в Англии, но поддерживались во Франции, где, например, их разделял Шарко. Braid был одним из первых исследователей, отчетливо разделившим функциональные и органические нарушения.

2.6. Переломный период

Истерия
Якубик А.

Переломным периодом в эволюции взглядов на истерию можно считать появление психологических интерпретаций истерических проявлений, путь к которым был проторен достижениями в области изучения гипноза.

Терапевтическим применением гипноза заинтересовались Auguste Ambroise Liebault (1866) и Hippolyte Bernheim (1891)—создатели так называемой нансийской школы, противопоставляемой в литературе школе из Сальпетриера,

представленной Шарко, Janet, Marie, Бабинским. На основании богатого опыта лечения гипнозом истерических расстройств Liebault и Bernheim пришли к выводу, что воздействие гипнотизера на больного носит характер психологического, а не магнетического, как провозглашали месмеристы, влияния. По Bernheim, гипнотический транс был просто сном, вызванным внушением, а подверженность гипнозу оказалась различной у разных лиц и составляла нормальное явление, не имеющее ничего общего с патологией. По мнению Bernheim, истерия — не болезнь, каждый человек потенциально более или менее истеричен (подобную позицию занимал Paul Julius Meobius, 1894), т. е. истерия состоит из припадков судорог, случающихся у лиц с преувеличенной или извращенной психологической реакцией на эмоциональные травмы. Таких людей Bernheim называл «склонными к истерии», а наблюдаемые припадки — «врожденной истерической тенденцией». Он считал, что склонность к истерии может измениться под влиянием эмоционального воспитания индивида или правильного руководства им, что на самом деле было формой внушения. Bernheim полагал, что истерические субъекты исключительно внушаемы, но решительно отвергал мнение, что внушаемость — патологическое состояние. Он утверждал, что больные, демонстрированные Шарко, не погружаются в естественный гипнотический транс, а «страдают из-за внушенного им истерического невроза» [Bernheim, 1891], симптомы которого они выучили до публичного выступления на лекции. Нансийская школа завоевала много сторонников и в конце концов одержала полную победу над взглядами представителей школы из Сальпетриера.

Жан-Мартен Шарко (1889), выдающийся французский невролог и невропатолог, последние годы своей жизни посвятил исследованию проблем неврозов, истерии и гипноза. Для этой цели в больнице Сальпетриер он выделил отделение для пациентов с эпилепсией и истерией, что, как мы знаем, привело скорее к усугублению истерических расстройств и имитации такими больными симптомов эпилепсии. Самовозбуждение истерических больных, а также соответствующая «подготовка» их ассистентами к публичной демонстрации на лекциях Шарко оказали влияние на формирование концепции истерии. В этом был источник ошибок Шарко, особенно его убеждения о нозологической самостоятельности так называемой истероэпилепсии и об идентичности клинической картины «большой истерии» (в настоящее время под этим понятием мы понимаем большие истерические припадки) у всех больных и о протекании ее всегда по определенным последовательным фазам. Подробное описание этих фаз, имеющее ныне только историческую ценность, содержат работы Richer (1881) и Gilles de la Tourette (1896). Шарко определял истерию как своеобразную форму невроза, характеризующуюся периодическими судорожными припадками, а также постоянными признаками (стигмами). К ним он причислял расстройства чувствительности (анестезия и гипертрофированная чувствительность) и органов чувств (глухота и сужение полей зрения), а также двигательные нарушения (парезы и спастические расстройства). Шарко считал истерию функциональным расстройством, имитирующим разнообразные органические заболевания. В возникновении истерических симптомов он подчеркивал роль эмоций и внушения. Истерические, посттравматические и гипнотические параличи он расценивал как функциональные, отличая их от органических параличей, обусловленных повреждением нервной системы. Подобным образом он выделил «динамическую» амнезию, снимаемую гипнозом, и органическую амнезию, не обнаруживающую этого свойства.

Шарко педантично разработал проблему гиперестезии истерического типа, довольно подробно описанной ранее Briquet (1859). По мнению Шарко, гиперестезия может затрагивать кожу, слизистые оболочки и внутренние органы (истерические боли). В зависимости от локализации гиперестезии возникают так называемые истерогенные зоны, т. е. участки тела, сдавление которых может вызвать или прекратить истерический припадок. Главными истерогенными зонами считались: область яичников, яичек, сосков, а также волосистая часть головы, лицо, грудная клетка, позвоночник и влагалище. Вызывание истерического припадка путем сдавления истерогенной зоны могло иметь диагностическое и терапевтическое значение, в частности, когда в результате этого наступало изменение клинической картины или «смещение» симптомов (например, припадок избавлял больную от длительно существовавшего истерического паралича) [Gilles de la Tourette, 1896]. Однако Шарко был сосредоточен на научном анализе истерических феноменов и методы лечения его интересовали меньше. К сожалению, он ошибочно полагал, что гипноз — патологическое явление, проявляющееся исключительно у истерических субъектов, болезненно подверженных внушению. Ошибочным оказалось и его утверждение о повышении коленного сухожильного рефлекса на стороне истерического паралича. С этими взглядами боролись Bernheim и его последователи. Заслугой Шарко являются решительное разграничение истерии как нервного заболевания от симуляции, а также первая попытка логического, рационального и психологического объяснения одержимости, экзорцизма и охоты на ведьм [Charcot, Richer, 1887]. Незадолго перед смертью Шарко частично изменил свои взгляды (например, признал, что истероэпилепсия — не самостоятельная нозологическая форма, а сочетание у одного индивида истерии и эпилепсии) и пришел к выводу, что истерия излечима путем воздействия «силой разума на тело», т. е. «посредством веры в выздоровление» [Guillain, 1959]. Это достигается тремя элементами: антиципацией (предвосхищением) излечения, самовнушением и внушением.

Жозеф Бабинский (1934), ученик Шарко, определял истерию как патологическое состояние, вызванное путем внушения (суггестии), снимаемое убеждением. Поэтому он назвал истерию «питиатизм» (излечимая убеждением) и исключил из круга истерических расстройств заболевания, выходящие за рамки предлагаемой дефиниции (например, отек гортани, кровохарканье, анурия или протеинурия, расстройства чувствительности, сужение полей зрения, так называемые истерические горячки и т. п.), хотя до этого их расценивали как симптомы истерии. В противоположность Шарко он утверждал, что истерия не влияет на сухожильные, зрачковые и глоточные рефлексy и тем самым не может имитировать различные симптомокомплексы, обусловленные органическим повреждением центральной нервной системы [Babinsky, Froment, 1918]. Бабинский считал, что для возникновения истерических расстройств необходимо внушение, а не эмоциональное переживание (даже если оно весьма сильное, например стихийное бедствие, смерть ребенка и т. п.), так как само по себе переживание, как было показано многими авторами, не вызывает симптомов истерии. Эмоции скорее играют дополнительную роль в патогенезе истерии. Бабинский был убежден, что «теперь, когда нам известна роль внушения в генезе истерии, будь то внушение со стороны семьи, больничного окружения или даже самого врача, и способны предохранить от его влияния тех, кто ему подвержен, проявления истерии стали значительно реже, чем в прошлом» [Herman, 1965, с. 220]. Он указывал на сходство между истерией и гипнозом и не соглашался с господствовавшим в то время мнением, будто любой человек может быть

загипнотизирован против своей воли.

Создателем первой динамической теории неврозов был Pierre Janet (1892, 1893a, 1893b), находившийся под определенным влиянием Maine de Biran, Ribot, Royce, W. James и Бергсона. Вопреки общепринятому в литературе мнению наименьшее влияние на концепции Janet, оказали идеи Шарко, с которым он работал на протяжении десятилетий. Клиническую психиатрию он изучал скорее под руководством Gibert, Powilewicz, Seglas, Falret [Ellenberger, 1970]. Полная разработка динамической модели неврозов нашла отражение лишь в теории равновесия между психологической силой и психологическим напряжением [Janet, 1919, 1930], что позволило выделить два основных невротических синдрома: астенический (нарушение психологической силы) и гипотонический (нарушение психологического напряжения). Теоретические принципы Janet упорядочил и систематизировал применительно к неврозам его ученик Schwartz (1951).

Во времена Janet многие авторы предполагали наличие гипотетической психической энергии, в связи с чем и в его теоретической системе понятие психологической энергии занимает центральное место. Психологическую энергию характеризовали два параметра: сила и напряжение. Психологическая сила, или количество элементарной психической энергии (существующей в явной и скрытой формах), определяла способность индивида к осуществлению любых психических функций. Психологическое напряжение (не следует путать с современным понятием эмоционального напряжения, которому в концепции Janet соответствует скорее состояние низкого психологического напряжения) — это способность индивида использовать свою психическую энергию на определенном уровне иерархии тенденций и функций личности.

Чем выше психологическое напряжение, тем на более высоком иерархическом уровне психических функций расходуется энергия, т. е. тем полнее синтез психических функций, тем шире круг сознания. Важнее всего сохранить равновесие между психологической силой и психологическим напряжением, любые колебания его приводят к возникновению психопатологических явлений, как невротических, так и психотических.

Janet (1892) выделял две основные формы неврозов: истерию и психастению (она охватывала все остальные, неистерические невротические проявления). В истерии он различал два вида симптомов: аксиденсы (переменные и временные симптомы) и стигмы (основные, постоянные симптомы). Аксиденсы определяются наличием подсознательных сверхценных идей, проявляющихся так называемым частичным психологическим автоматизмом (часть личности отщепляется от субъективного сознания, происходит ее автономное подсознательное развитие) и обнаруживаемых в гипнотических состояниях или в истерических припадках и каталепсии. Подобно Binet, Janet расценивал истерию как форму раздвоения личности, являющуюся результатом нарушения функции синтеза личности. В свою очередь стигмы—проявление основного расстройства, которым является сужение поля сознания в результате психологической слабости, составляющее своеобразный тип нарушения процесса восприятия окружающего мира. В таком случае при истерии нарушается как структура личности, так и восприятие. Сформулировав концепцию синтезирующей функции, Janet считал истерию проявлением нарушения ее, а с момента создания теории иерархии психических тенденций и функций (он различал 5 уровней

иерархии) стал считать истерию проявлением сниженного психологического напряжения (специфического активатора психической жизни). Поскольку определенный уровень психологического напряжения обеспечивает действия индивида на определенном уровне иерархии психических функций, снижение его позволяет осуществлять лишь автоматизированные психические функции, представляющие собой самый низкий иерархический уровень. Это приводит к неспособности объединять психические функции с сознанием, что характеризуется сужением поля сознания, тенденцией к диссоциации и автономности функциональных систем личности. В результате сужения поля сознания происходит диссоциация (выход из-под контроля личности) определенных функций, их самостоятельное автоматическое существование; все это проходит в виде подсознательного, независимого от воли процесса. Каждая из этих как бы «дополнительных» личностей обладает своими чувствами, мыслями, памятью, способностью к восприятию и выполнению движений, причем психических феноменов, «захваченных» дополнительными личностями, недостает в «главной», считающейся нормальной (правильной), личности.

Таким образом можно объяснить возникновение истерических анестезий, парезов, нарушений речи, зрения, слуха, амнезий и т. п.

Общая теория диссоциации Janet немногим отличается от концепции психологической диссоциации Moreau de Tours, развитой позднее Jackson. Вслед за Briquet и Шарко Janet признал психогенную этиологию истерии, однако считал, что для ее возникновения необходима «почва» в виде неправильных физиологических процессов.

Он подчеркивал также патогенное значение конституционального фактора, которым считалась «невротическая предрасположенность».

Метод лечения неврозов Janet назвал психологическим анализом (по его примеру Фрейд ввел термин «психоанализ»), который по отношению к истерии сводился к следующему: 1) выявление подсознательных сверхценных идей и их патогенной роли (эти идеи обычно возникают в результате психической травмы или фобических переживаний, которые становятся подсознательными, а затем заменяются симптомами; этот процесс связан с сужением поля сознания); 2) направление терапевтических усилий на обнаруженные подсознательные сверхценные идеи, причем само по себе перенесение их в сознание еще недостаточно эффективно (например, в сознание могут перейти сверхценные идеи, проявляющиеся как навязчивые состояния) и поэтому нужно стремиться к их преодолению или преобразованию путем переучивания или другой формы «психической тренировки» [Ellenberger, 1970]; 3) использование терапевтической роли отношений между пациентом и врачом в процессе лечения гипнозом (потребность «быть руководимым» как проявление психологической зависимости выражается у больного желанием подвергнуться гипнозу и выборочным сужением поля сознания, охватывающим личность гипнотизера). Попытка выявления патогенных травмирующих переживаний, имевших место в прошлом и формирующих подсознательные сверхценные идеи, а затем перенесение их в сознание больного и «разрядка» их были методом лечения, который Janet применял за много лет до описанного Breuer и Фрейдом (1895) так называемого метода катарсиса [Janet, 1889]. Janet обратил внимание на то, что не всегда можно легко выявить подсознательные сверхценные идеи, особенно если они одновременно причина и следствие психологической слабости, в связи с чем

возникает порочный круг. Кроме того, в развитии истерических симптомов принимают участие внушение и эмоции. Внушаемость — это состояние ослабленного психического напряжения, в котором под влиянием эмоций включается психологический автоматизм.

Взгляды Janet оказали влияние на теоретические концепции Фрейда, Юнга, Адлера, Блейлера, Еу, Baruk, Delay и особенно американского психиатра Morton Prince (1906, 1914), занимавшегося главным образом вопросами так называемой множественной личности и лечением ее гипнозом, а также проблемой бессознательного, теоретическую концепцию которого он заимствовал у Hartmann.

3. Современные концепции истерии

Истерия
Якубик А.

В начале нашего столетия в психиатрии и психологии возникли новые теоретические направления, а период наиболее бурного развития их пришелся на межвоенные годы. Они претендовали на то, чтобы охватить всю совокупность знаний о человеке, широко синтезировать накопленные факты и теоретически обобщить результаты проведенных в прошлом исследований. Однако оказалось, что действительные возможности этих новых теорий значительно скромнее, чем намерения их создателей и сторонников. В результате ни одна из многочисленных теорий не решила до конца многие принципиальные вопросы психологии и психопатологии, а также не смогла синтезировать в собственных рамках полученные до сих пор клинические и экспериментальные данные. Из множества сформировавшихся в то время теоретических систем лишь несколько сохранили жизнеспособность до сегодняшнего дня благодаря не столько множеству последователей и приверженцев, сколько за счет того, что они стали исходной точкой дальнейших конструктивных исследований, источником творческого вдохновения и удобной почвой для обсуждения спорных до сих пор вопросов. До настоящего времени сохранились психоаналитические, феноменологические, экзистенциалистские направления, а также бихевиоризм. В последние годы наблюдается расцвет теории научения, познавательных теорий и теорий мотивации, а также общей теории систем, основанной на достижениях кибернетики и вытекающих из нее разнообразных дисциплин, например: теории информации, теории связи, теории игр, теории решений и т. п.

Указанные теоретические течения оказывали или оказывают до сих пор отчетливое влияние на формирование взглядов на истерию, причем отдельные авторы обнаруживают различную степень заинтересованности этими вопросами. Современные концепции истерии — это прежде всего отражение этих теорий, которые, правда, не создали единой и фундаментальной системы знаний о человеке, но наилучшим образом выдержали испытание временем, нередко наперекор ожесточенным противникам и критикам (например, психоанализ, необихевиоризм, антропологическая психиатрия и т. п.).

Используя достижения теории научения, кибернетики, познавательных теорий личности и теории деятельности Tomaszewski (1963, 1975a), мы попытаемся интерпретировать истерию с точки зрения так называемой общей теории автономных систем (см. раздел 3.7). Теоретические предложения по этой

проблеме требуют предварительного сопоставления с предшествующими взглядами на истерию.

3.1. Классический психоанализ

Истерия

Якубик А.

Создатель психоанализа венский психиатр З. Фрейд (1953) фундамент своей теории возвел на результатах наблюдения лиц, леченных от истерического невроза [Breuer, Freud, 1895]. Доктрина Фрейда и концепции его эпигонов [Abraham, 1927; Fenichel, 1945; Ferencz, 1955; Freud A., 1936; Klein, 1949; Reich, 1935; Reik, 1925] составляют теоретическое направление, называемое классическим психоанализом и представляющее собой ортодоксальную версию фрейдизма. Классический психоанализ многократно подвергался обзорному изложению и критическому разбору [Brenner, 1955; Drellich, 1974; Mack, Semrad, 1967; Mullahy, 1948; Thompson, 1965; Wells, 1968; Wyss, 1961], в том числе и в польской литературе [Jarosz, 1962; Jedlicki, 1961; Kepinski, 1978; Reykowski, 1960; Szewczuk, 1973; Zawadski, 1959]. Поэтому мы ограничимся изложением основных теоретических принципов психоанализа.

Среди последователей классического психоанализа до сих пор сохраняется мнение о слоистом, структуральном строении психического аппарата (Фрейд не пользовался термином «личность»), который якобы состоит из трех фундаментальных функциональных структур, сформировавшихся на протяжении онтогенетического развития и совместно регулирующих поведение человека: «ид», «эго» и «суперэго» [Freud, 1975]. «Ид» — это совокупность динамических сил, инстинктов, обладающих большим запасом энергии и направляющих поведение индивида. «Ид» — слой неосознанных, иррациональных инстинктов, стремящихся только к сиюминутному удовлетворению (гратификации), т. е. действующих исключительно по «принципу удовольствия» [Freud, 1975], поскольку эти первичные биологические инстинкты вызывают состояние неприятного, нарастающего напряжения, приводящего к стремлению освободиться от него. Ликвидация напряжения ощущается как удовольствие. Таким образом человек учится действиям, признанным удовлетворять инстинкты, в результате чего возникает тенденция к их повторению (так называемое принуждение повторения). При отсутствии объекта, снижающего напряжение, «ид» использует различные формы заместительного удовлетворения или достигает его за счет желаемого осуществления влечения в воображении и фантазии. Фрейд считал наиболее важным половой инстинкт и лишь в поздних своих работах выделял «инстинкт жизни», существенными составляющими которого были половое влечение и «инстинкт смерти», побуждающий к поиску удовлетворения в агрессивных, разрушающих действиях и в аутоагрессии. Динамическую силу инстинктам придает либидо, т. е. своеобразная психическая энергия, тесно связанная с половым инстинктом в широком понимании (любые формы удовлетворения, связанные с чужим или собственным телом). Психическая энергия возникает из соматической, источником которой являются происходящие в организме метаболические процессы. Таким образом, «ид» — это как бы кладовая энергии, распределяемой позже между «эго» и «суперэго» так, что если одна из этих структур психического аппарата привлекает больше энергии, то происходит это за счет двух остальных, сила которых (например, «эго») от этого слабеет. Постоянное перемещение либидо между «ид», «эго» и «суперэго» характерно для периода развития личности, а с момента достижения

зрелости сохраняется состояние функционального равновесия. Либи́до может свободно перемещаться как в пределах собственного тела (участки накопления либи́до психоаналитики называют эрогенными зонами), так и переноситься на определенные лица и предметы внешнего мира. «Ид» производит отбор лиц и предметов, снижающих напряжение, которые приобретают для данного индивида «катектические» («притягивающие») свойства. По мнению Фрейда, часть либи́до переносится на эти предметы, благодаря чему они приобретают способность стимулировать индивида к соответствующим действиям. Процесс — переноса либи́до на предметы и придания им за счет этого ценности носит название «катексис». Течение индивидуального развития определяет, кто или что станет для данного лица объектом катексиса. Процесс катексиса ведет к разделению мира на важные (значимые, ключевые) лица и предметы и неважные, т. е. не имеющие для данного индивида значения. Например, мать, удовлетворяющая потребности ребенка, становится для него значимым лицом (предметом катексиса). Перенесение большей части энергии на собственную личность приводит к тому, что для кого-то единственно важным становится он сам (так называемый первичный нарциссизм). Катексис обеспечивает разрядку напряжения путем перенесения излишка энергии, накопленной в состоянии напряжения, на соответствующий предмет. В процессе перенесения либи́до соблюдается «принцип экономии»: на предмет катексиса переносится только такое количество энергии, которое позволит сохранить состояние энергетического равновесия психического аппарата в соответствии с законом количественного сохранения психической энергии. Всевозможные расстройства энергетического равновесия, например: неравномерное размещение либи́до в отдельных структурах психического аппарата, чрезмерное накопление либи́до из-за затруднения разрядки энергии (затруднения с подходящим предметом катексиса), обратное перенесение либи́до с предмета катексиса на собственную личность (так называемый вторичный нарциссизм) — приводят к психическим расстройствам в виде психоневрозов, психозов или половых извращений.

Стремление иррационального «ид» к удовлетворению инстинктов встречает внешние препятствия, которые исключают сиюминутное удовлетворение и заставляют считаться с действительностью, тем более что чаще всего осуществление влечений носило бы одновременно антиобщественный и саморазрушающий характер. Поэтому необходимо научиться справляться с внешними препятствиями и тенденцией к сиюминутному удовлетворению всех инстинктов сразу, принимая во внимание реально существующие возможности. Эту функцию выполняет второй уровень психического аппарата — рациональное «эго», которое в отличие от «ид» управляется «принципом реальности». За счет получаемой энергии от «ид» структура «эго» осуществляет функцию познания окружающего мира и регулирования поведения человека (благодаря этому осуществляется, например, формирование границы между «я» и «не я», а также дифференцирование мира мечты и фантазии и реального мира). «Эго» координирует действие «ид», требования «суперэго» и давление окружающего мира. Значительную долю энергии «эго» использует для противодействия слишком грубым иррациональным стремлениям «ид» (или чрезмерным требованиям «суперэго») или для борьбы с избранием «ид» такого предмета катексиса, который по какой-либо причине мог бы вызвать неприятности для индивида со стороны окружения (так называемый анти-катексис). Насколько бессознательное является единственным и доминирующим качеством «ид», настолько в «эго» сочетаются предсознательные и сознательные (охватывающие

периферическую зону «эго») процессы.

В процессе социализации индивида создается третья структура психического аппарата — «суперэго», состоящее из двух подсистем: «совести» и «идеального я». «Супер-эго» возникает в результате социального неодобрения (наказания) или одобрения (поощрения) поведения и стремлений индивида в период детства. Ведь наилучший путь избежать наказания и добиться поощрения — это усвоить социальные требования и запреты (этот процесс носит название интроекции или интернализации). Таким образом формируется совесть, сама по себе обладающая способностью наказывать (чувством вины), и «идеальное я» (эталон индивида, образованный требованиями родителей). «Идеальное я» возникает в результате процесса идентификации (высокая форма интроекции), т. е. перенесения и признания как собственных черт, ключевых лиц. Таким образом, «суперэго» определяет, что соответствует, а что противоречит принятым в обществе моральным нормам, требованиям и запретам, т. е. это — идеал, а не реальность, и поэтому, подобно «ид», «суперэго» функционирует иррационально. Вместе с «эго» оно контролирует инстинкты «ид», но по совершенно другому принципу: «эго» удовлетворяет инстинкты в соответствии с принципом реальности, а «суперэго» их тормозит. «Суперэго» стремится к совершенству и поэтому противопоставлено «эго» своим стремлением к подчинению реальных явлений моральным идеалам. Излишек энергии «суперэго» ведет к тому, что моральные требования парализуют поведение человека.

Поступки человека направляются результирующей сил «ид» и «суперэго», регулируемых «эго». В случае угрожающего для «эго» слишком сильного давления сил «ид» и «суперэго» включаются так называемые защитные механизмы «эго» [Freud A., 1936]. Следует подчеркнуть, что в результате интеграционной функции «эго» развивается процесс сублимации инстинкта, т. е. смена предмета катексиса (от сексуального объекта к другому, социально одобряемому объекту). Это явление трансформации энергии либидо определяется в психоанализе как десексуализация либидо. Таким путем либидо, первоначально связанное с половым инстинктом, становится энергетическим источником возможных психических функций. На протяжении развития индивида происходит, таким образом, изменение предмета катексиса под влиянием социальных требований; это означает, что любое поведение человека можно интерпретировать как производную первичных функций полового инстинкта. Соблюдая этот принцип, можно достичь самых ранних источников любого действия индивида, т. е. соответствующих фаз психосексуального развития.

3. Фрейд выделял пять фаз развития полового инстинкта, Дифференцируемых в зависимости от главенствующего места накопления либидо в пределах тела (локализации эрогенной зоны) и рода предмета катексиса (деятельности или лиц), разряжающих избыток энергии либидо, т. е. снижающих инстинктивное напряжение: 1) оральная фаза (продолжается в течение первого года жизни; основной эрогенной зоной служит рот; основной предмет катексиса — функция сосания или кусания); 2) анальная фаза (со 2-го по 3—4-й год жизни; эрогенная зона — органы выделения; предмет катексиса — функция выделения или удержания стула и мочи); 3) фаллическая фаза (с 3—4-го по 6—7-й год жизни; эрогенная зона — половые органы; предмет катексиса — мастурбация); 4) латентная фаза (с 6—7 лет до периода полового созревания; период сокрытия полового инстинкта и роста энергетического резервуара «эго»); 5) генитальная фаза (период полового созревания; эрогенной зоной, так же как и в фаллической

фазе, являются половые органы, но предмет катексиса изменяется — им становится чужое тело и половой акт с лицом противоположного пола). Лишь достижение генитальной фазы, т. е. способности переместить либидо с собственного тела и собственной личности на чужое тело и другое лицо (так называемый процесс ликвидации первичного нарциссизма), является признаком зрелости человека. Достижение зрелости требует правильного разрешения так называемых детских сексуальных комплексов, что означает выбор адекватного объекта катексиса в каждой из фаз развития полового инстинкта. Неразрешенные сексуальные комплексы в какой-либо из фаз (из-за чрезмерного поощрения или сильной фрустрации при наличии препятствий к удовлетворению инстинкта) приводит к фиксации либидо, т. е. к задержке сексуального развития ребенка на уровне этой фазы, что впоследствии у взрослых проявляется тенденцией к регрессии либидо, т. е. к возвращению к формам поведения, типичным для ранних стадий развития. По мнению Abraham (1927), существует тесная связь между фазами развития полового инстинкта, фиксацией либидо и характером, понимаемым как защитная структура «эго» перед «натиском» сил «ид», «суперэго» и окружающего мира. Определенная структура характера, например оральный, анальный, фаллический или генитальный характер [Reich, 1933], возникает в результате трансформации либидо посредством механизмов сублимации (десексуализация либидо) и инсценированной реакции (защитный механизм, состоящий в поведении, прямо противоположном фактически существующим бессознательным тенденциям). Осуществляемое «эго» преобразование энергии либидо модифицирует половой инстинкт в виде общепринятых черт характера: например, в процессе формирования анального характера трансформация либидо выражается такими чертами, как стремление к порядку и чистоте, бережливость, упрямство, честность и добросовестность, мелочность и т. п.

Интересы психоаналитиков сосредоточены прежде всего на первых трех фазах развития полового инстинкта, особенно на фаллической, в которой возникает так называемый комплекс Эдипа (3—5-й год жизни) (одна из фундаментальных концепций классического психоанализа), играющий принципиальную роль в формировании структуры психического аппарата и психических расстройств. В фаллической фазе либидо, связанное до этого с собственным телом ребенка, начинает постепенно переноситься на родителей (у мальчиков на личность матери, у девочек на личность отца), которые в этот период жизни становятся самыми важными объектами катексиса. В связи с этим ребенок ожидает от родителей снижения инстинктивного напряжения за счет вхождения с ними в сексуальный контакт, что оказывается невозможным. Мальчики приписывают эту неудачу отцу, считая его соперником в борьбе за мать и питая к нему чувство ревности, вражды и даже бессознательно желая его смерти. Как стремление к удовлетворению полового инстинкта посредством матери, так и враждебное отношение к отцу вызывает страх наказания с его стороны. Ребенок особенно боится быть наказанным отцом (путем лишения пениса — комплекс кастрации); он допускает такую возможность, наблюдая анатомические различия между девочками и мальчиками. Таким образом, сильный страх тормозит стремления, характерные для «эдиповой» ситуации, и они остаются бессознательными и содержат энергетический заряд неудовлетворенного либидо. Каждый вытесненный в бессознательное конфликт, возникший в результате противопоставления сил инстинкта и социальных требований, принимает форму комплекса, который требует адекватного разрешения, в противном случае он становится источником последующих психических расстройств. Именно таким

образом нерешенный комплекс Эдипа может стать основным невротическим фактором [«ядро невроза»; Freud S., 1957]. Правильное разрешение комплекса Эдипа состоит в десексуализации либидо, направленного на мать (отделение сексуального влечения от чувства любви к матери), и в идентификации с отцом, чтобы, уподобляясь ему, завоевать любовь матери. Подобное развитие, хотя, может быть, несколько более сложное, получает процесс возникновения у девочек так называемого комплекса Электры; его единственным адекватным решением является идентификация с матерью. Таким образом, можно считать, что период формирования и разрешения комплекса Эдипа — это первый этап социализации личности, выражающийся переходом от действий по принципу удовольствия к действиям по принципу реальности и началом формирования «суперэго».

Кроме структурной модели психического аппарата («ид», «эго», «суперэго»), Фрейд (1975) пользовался топографической моделью, состоящей из следующих основных элементов: бессознательное, предсознательное, сознательное¹. Топографическая модель психического аппарата основана на концепции первичного процесса (рефлекторные, бессознательные психические процессы, протекающие в «ид» и регулируемые по принципу удовольствия) и вторичного процесса (предсознательные и сознательные психические процессы, протекающие в «эго» и регулируемые по принципу реальности), а также на анатомическом различии между корой головного мозга (сознательное), стволом мозга (предсознательное) и спинным мозгом (бессознательное). Убеждение в наличии тесной связи между функцией (психические процессы) и анатомической структурой (мозговая локализация) привело Фрейда к выводу, что характер функционирования психического аппарата аналогичен функционированию машины, т. е. зависит от расположения и взаимодействия связанных между собой составных частей. Все детали, подобно машине, приводятся в движение энергией (либидо), при этом соотношение сил между элементами постоянно изменяется, однако одновременно сохраняется состояние равновесия (так называемая экономия удовольствия — огорчения) даже в рамках психоза или невроза («симптом приносит выгоду в форме удовольствия». — Wyss, 1961). Поэтому все действия человека, а также сновидения, невротические симптомы, ошибки, опiski и т. д. следует понимать как результирующие силы энергетических векторов различных частей психического аппарата. Таким образом, хотя корни фрейдизма находились в биологии и нейрофизиологии, но его модель человеческой «психе» была не биологической, а технически-энергетической.

В соответствии с теорией Фрейда (1975) все психические процессы можно разделить на сознательные, предсознательные и бессознательные. Сознательной можно считать информацию, выраженную словесно [Reykowski, 1960], а психические явления, которые хотя и удалены из сферы сознания, но потенциально легко и быстро могут быть осознаны, мы называем предсознательными. Предсознательные процессы являются бессознательными только в описательном значении, в то время как термин «бессознательное» в психоанализе применяют только по отношению к процессам бессознательным в динамическом смысле [Freud, 1975]. Ведь бессознательное включает в себе динамические силы, осознание которых угрожало бы индивиду, вызвав наказание со стороны окружения (общественное неодобрение) или со стороны «суперэго» (чувство вины). Бессознательное включает в себя инстинкты, требующие удовлетворения, а также эффекты, подавленные активным противодействием, приводимым в движение «эго». Большой энергетический заряд содержат силы,

которые никогда не были допущены в сферу сознания (например, сексуальные комплексы) или которые когда-то содержались в сознании, но были вытеснены¹ из-за своих вредных для индивида свойств (например, психические травмы в раннем детстве, называемые также травмирующими переживаниями, возникающие в ситуации знакомства с половой жизнью родителей либо когда ребенок служит пассивным или активным сексуальным объектом для взрослых лиц). Вытеснение определенной информации из сознания или недопускание ее в сознание — это результат страха наказания. Любые попытки осознания этой подавляемой информации, например предпринимаемые в ходе психоаналитической терапии, встречают сильное сопротивление. Один из способов преодоления этой своеобразной внутренней «цензуры» — проявление подавленных переживаний в замаскированной форме, т. е. в виде сновидений, ошибочных действий (обмолвки, описки, ошибки в чтении, восприятии речи, ассоциациях, памяти и т. п.) или невротических симптомов. Маскирование возможно благодаря способности психического аппарата оперировать символами. Поэтому подавленные инстинктивные влечения выражаются в символической форме в сновидениях или в невротических симптомах (например, ритуалы, навязчивые действия, фобии, конверсивные симптомы).

С целью ликвидации или снижения уровня страха, возникающего в ситуации внутреннего конфликта (невозможность удовлетворения инстинктов), «эго» создает много защитных механизмов [термин введен А. Freud (1936)]. Бессознательные защитные механизмы «эго» включаются, если отсутствует возможность реализации функций психического аппарата, которая состоит в обеспечении удовлетворения инстинктов в соответствии с требованиями общества и «суперэго». Эти механизмы иррациональны, их действие обычно одномоментно, они не разрешают конфликты, а лишь в большей или меньшей степени уменьшают страх. Защитные механизмы составляют один из наиболее противоречивых вопросов психоанализа [Grzegolowska, 1976a]. Столкновение взглядов главным образом касается их количества [Freud A., 1936; Fenichel, 1945; Hinsie, 1940; White, Gilliland, 1975], критериев их разделения [Sarnoff, 1962; Smith, 1961; Symonds, 1946], дифференцирования на нормальные и патологические [Freud, 1953; Lazarus, 1963], а также их роли в формировании расстройств личности и невротических симптомов [Finichel, 1945]. Например, Фрейд (1953) причислил идентификацию, перенесение и сублимацию к нормальным защитным механизмам, ведущим к формированию зрелой структуры психического аппарата, а А. Freud сочла сублимацию патологическим защитным механизмом (1936). Наиболее часто в психоаналитической литературе упоминаются следующие защитные механизмы «эго»: вытеснение (репрессия), регрессия, инсценированная реакция, проекция, рационализация, идентификация, интроекция (интернализация), перенесение, изоляция, компенсация, бегство в мир фантазии, «заговаривание», аутоагрессия, экспиация. Подробно обсуждается эта проблема в польской литературе [Grzegolowska, 1976a, 1976b; Hilgard, 1967; Kerpinski, 1978], поэтому ее подробный анализ мы здесь опустим. Следует подчеркнуть, что механизмы вытеснения и регрессии явились фундаментом фрейдовской концепции патогенеза истерии.

Идея защитных механизмов опирается на основной тезис фрейдизма о бессознательной мотивации действий человека, поскольку психоанализ полагает, что поведение человека обусловлено бессознательными мотивационными факторами инстинктивного характера (биологический детерминизм). Инстинкты составляют систему динамических сил личности, так что психоаналитическая

концепция бессознательного довольно значительно отличается от других теорий, которые признают существование исключительно бессознательных процессов познания [Reykowski, 1961].

Фрейд (1953) ввел следующую классификацию неврозов: 1) психоневрозы (называемые также травматическими неврозами, или неврозами перенесения): а) конверсивная истерия, б) фобическая истерия, в) невроз навязчивых состояний; 2) актуальные неврозы: а) неврастения, б) фобический невроз, в) ипохондрия; 3) нарциссические неврозы: а) шизофрения, б) паранойя, в) меланхолия. Ортодоксальный психоанализ значительно меньше внимания обращает на актуальные и нарциссические неврозы, чем на психоневрозы. Актуальные неврозы — это реакция на одномоментно актуально действующие токсические факторы (в результате неправильной функции половых органов в организме вырабатываются токсические продукты), являющиеся следствием неудовлетворенного полового инстинкта или половых излишеств, например в виде мастурбации (неврастения) или прерванного полового акта (невроз страха). Часто актуальный невроз служит фоном или начальным этапом проявления психоневротических симптомов, что выражается клинической картиной смешанного, например неврастенически-исторического, невроза. Механизм развития нарциссического невроза состоит в регрессии либидо до раннеинфантильного аутоэротизма, т. е. до периода сексуального развития, в котором предметами катексиса являются «эго» и собственное тело (первичный нарциссизм). Если первичный нарциссизм считается физиологическим, то возврат либидо к «эго» и соединение его вновь с собственным телом расценивается как патологический феномен. Нарциссический невроз характеризуется неспособностью к так называемому перенесению, необходимому для эффективной психоаналитической терапии. Поэтому Фрейд высказал мнение, что психоанализ как метод лечения неприменим по отношению к шизофрении или паранойе.

Фундаментом фрейдовской теории психоневрозов были исследования истерии [Breuer J., Freud S., 1895], точнее говоря, казуистический анализ нескольких наблюдений пациенток с симптомами истерического невроза, первоначально леченного посредством гипноза И. Брэйером (известный в литературе случай Анны О.) и З. Фрейдом (Эмма Н., Люси Р., Элизабет Р., Катарина и т. д.). Многие важные концепции, касающиеся истерии, возникли в годы сотрудничества Фрейда с Брэйером, часть из них была позднее отвергнута или значительно пересмотрена.

Фрейд и Брэйер (1895) пришли к выводу, что основным фактором в генезе истерии является психическая травма, если понимать ее в значении отрицательного психического переживания (любое событие, связанное с переживанием чувства страха, стыда, вины и т. д.)². Патогенный эффект может оказывать как однократная сильная травма, так и много «слабых» травм, влияние которых возрастает по мере суммирования на протяжении жизни индивида. Поскольку каждое психическое переживание состоит из аффекта (сумма возбуждения) и содержания (ассоциация), то лишь разрядка связанного с неприятным содержанием аффекта позволяет забыть травмировавшую ситуацию и тем самым предупреждает появление истерических симптомов. В случае отсутствия аффективной реакции на неприятное переживание оно подавляется до бессознательного и кажется забытым (Фрейд называет это «защитой», заменив позднее это понятие термином «вытеснение»)¹, но одновременно аффект

отделяется от содержания и направляется из психической сферы в соматическую. Так возникают истерические симптомы. Воспоминание о травмирующем переживании можно вызвать у больных в состоянии гипнотического сна, причем этому обычно сопутствует сильная аффективная реакция. Из опытов И. Брейера и Фрейда (1895) вытекало, что припоминание во время гипноза перенесенной травмирующей ситуации вызывало исчезновение истерических симптомов. Такую форму лечения истерии авторы называли катартическим методом (от греч. катарсис — очищение), или отреагированием. В то время конверсивные симптомы причисляли к приобретенной истерии, которую рассматривали отдельно от так называемой гипнотической истерии, характеризующейся сужением сознания (например, в истерическом припадке). Название дано по аналогии с гипнотическим состоянием, которое считали соответствующим состоянию «поверхностной истерии» [Wyss, 1961].

Окончательная версия Фрейдовской теории психоневрозов значительно отличается от приведенной ранее первичной концепции. В патогенезе истерии основную роль играют два фактора: сексуальные комплексы (прежде всего комплекс Эдипа), сформировавшиеся в прегенитальных фазах сексуального развития, и психические травмы периода раннего детства, подвергшиеся вытеснению в бессознательное, например увиденный ребенком половой акт родителей или посторонних лиц, растление или изнасилование взрослым. С вытесненными комплексами и травмирующими переживаниями связан определенный запас психической энергии (фиксация либидо), что в совокупности создает некоторую «конституциональную предрасположенность» к развитию психоневроза. Для возникновения невротических симптомов у взрослого человека необходим еще третий фактор — развитие внутреннего конфликта между стремлением к удовлетворению полового инстинкта и отказом внешнего мира или «суперэго» допустить это удовлетворение. В этой своего рода борьбе сил «эго» оказывается слабее, и поэтому механизм сублимации не приводит к полной десекуализации либидо. В конфликте с сильным «ид» слабое «эго» должно подключить защитные механизмы. Наступает регрессия либидо, оно возвращается к одной из прегенитальных фаз сексуального развития, в которой в детстве наиболее полно разряжалось (чрезмерно удовлетворялся половой инстинкт) или в которой сформировались комплексы. В истерии происходит регрессия либидо до фаллической фазы, т. е. до периода возникновения комплекса Эдипа, а в свою очередь в неврозе навязчивости — до анальной фазы и садистского комплекса. Регрессия либидо вызывает повышение психической энергии давних сексуальных комплексов, которые резко усиливаются и, поскольку они противоречат «суперэго», вновь (как в детстве) подвергаются подавлению. В этих условиях подавление ведет к появлению невротических симптомов, которые являются замаскированной, заместительной формой удовлетворения полового инстинкта. «Симптомы, — пишет Фрейд [Freud, 1957, с. 264], — служат для сексуального удовлетворения больных, они заменяют это удовлетворение, которого не хватает больным в их жизни». Следует подчеркнуть, что регрессия либидо без последующего подавления никогда не вызывает неврозов, но обуславливает сексуальные извращения.

Описанный механизм развития невротических симптомов касается только психоневрозов, особенно конверсивной и фобической истерии. В конверсивной (от лат. *converto* — обращаю, поворачиваю, придают другой вид, направление) истерии проявляется процесс трансформации либидо в сенсорно-моторные симптомы. Либидо как бы «направляется» в телесную сферу, благодаря чему

психические симптомы принимают вид соматических симптомов, а затронутые болезнью части тела и органы выполняют роль эрогенных зон. Характер симптома, например паралич, парез, анестезия, слепота и т. д., частично зависит от функциональной слабости отдельных органов и систем. Благодаря способности психического аппарата оперировать символами конверсивные симптомы, так же как и симптомы фобической истерии и невроза навязчивых состояний, обладают символическим значением, что маскирует их настоящую функцию — снижение инстинктивного напряжения. По Фрейду (1957), в фобической истерии происходит преобразование либидо в страх, клинически выражающийся в виде фобий; в свою очередь невроз навязчивости представляет собой замаскированную форму удовлетворения садистских стремлений, характерных для анальной фазы. В неврозе навязчивых состояний происходит отделение аффекта от содержания, затем аффект присоединяется к другим представлениям, чаще всего отражающим содержание детских травматических переживаний

или актуальных половых конфликтов, и они в свою очередь становятся навязчивыми. Так что симптомы каждого психоневроза — это внешнее проявление компромисса между инстинктивными силами и социальными запретами. Поэтому невротические симптомы проявляются в деформированном, трансформированном и символическом значении, являются ценой, которую человек вынужден платить за цивилизацию [Freud, 1967]. Возникновение психоневроза считается так называемым бегством в болезнь, которое является выражением бессознательного защитного механизма в ситуации внутреннего конфликта. Несмотря на страдания, связанные с невротическими симптомами, «бегство в болезнь» для индивида «окупается», так как оно разряжает инстинктивное напряжение (психоаналитики называют это «первичной пользой») и в дальнейших связях с социальным окружением поддерживает своеобразный стиль взаимоотношений («вторичная польза»).

По мере развития психоаналитической теории Фрейда постепенно менялись его взгляды на лечение истерии, а тем самым и всех психоневрозов [Thompson, 1965; Wyss, 1961]. Фрейд сравнительно быстро отказался от гипноза как метода катартического лечения (вследствие малой эффективности) и на основе концепции подавления и сопротивления сформулировал первые теоретические принципы нового метода терапии — психоанализа. До сегодняшнего дня классический фрейдовский подход к неврозам [Fenichel, 1945; Kuiper, 1972; Laughlin, 1967] в своих методах лечения не вышел за рамки, очерченные первоначальными принципами психоанализа [Glover, 1955; Greenson, 1967, 1974; Slavson, 1964].

Главный принцип психоаналитического лечения — стремление терапевта, чтобы его пациент осознал ранее неосознаваемые им причины своей болезни. Поэтому вместо простого «отреагирования» (катарсиса) психоанализ рекомендует выявление подавленных комплексов и вытесненных травмирующих переживаний. Обнаружение терапевтом сути конфликтов пациента и подведение его к пониманию настоящей причины невротических симптомов (например, комплекс Эдипа в истерии) однозначно ликвидации источника психоневроза, что ведет к исчезновению болезненных симптомов. В соответствии с этим правилом психоаналитики стараются добраться до находящихся в «глубине психики» неосознанных сексуальных комплексов при помощи определенных методов исследования, таких, как техника свободных ассоциаций, интерпретация

сновидений и ошибочных действий, анализ сопротивления, а также разрешение невроза перенесения. Однако психоаналитическая терапия — процесс очень трудный, продолжающийся обычно довольно долго [от 6 мес до 3 лет, беседы по 6 часов каждую неделю; Greenson, 1967], поскольку каждая попытка приблизиться к выявлению причин психоневроза встречает сильное бессознательное сопротивление со стороны больного, проявляющееся различными реакциями, нарушающими ход анализа. Поэтому основную часть лечения составляет преодоление сопротивления, о существовании которого больные вначале не знают. По мнению Фрейда, излечение требует не только осознания причин психоневроза, но и некоторого преобразования личности, т. е. изменения установок больного по отношению к возможности появления идентичных конфликтов в будущем. Только тогда излечение будет стабильным. Подразумевается превращение неврозогенного конфликта в нормальный, непатогенный конфликт, т. е. необходимость сознательной оценки (одобрения или отказа) комплексов и вытесненных конфликтных представлений, а также изучения различных путей их рационального разрешения.

В процессе психоанализа благодаря явлению перенесения можно подробно проследить все механизмы возникновения психоневроза. Оказывается, условием эффективности психоаналитической терапии является создание положительного эмоционального контакта между больным и терапевтом. Именно перенесение выражает своеобразное эмоциональное отношение больного к врачу, при котором пациент переносит на психоаналитика чувства, которые испытывал к самым близким ему людям в период детства. Терапевт как бы представляет давний предмет любви (объект катексиса), с которым было связано либидо в раннем периоде детства. Так, например, для пациента-мужчины терапевт становится отражением отца, и поэтому на него переносятся негативные чувства (агрессия, вражда), которые больной испытывал к отцу на протяжении фаллической фазы. Это повторное воспроизведение эдиповой ситуации, вызванное описанным ранее явлением «принужденного повторения». Такая специфическая модель воспроизведения комплекса Эдипа (в случае не истерии, а другого психоневроза воспроизводится структура комплексов какой-либо из остальных фаз развития полового инстинкта) называется неврозом перенесения. Перенесение—это желаемый компонент терапии, поскольку в новых условиях отрицательные или положительные эмоции поддаются терапевтическому контролю и влиянию. В соответствии с сутью комплекса Эдипа пациент с истерическим неврозом проявляет отрицательное перенесение к психоаналитику-мужчине и положительное (симпатия или влюбленность с отчетливой эротической окраской) к психоаналитику-женщине. Противоположная ситуация возникает при лечении пациентки. Разрешение невроза перенесения требует от терапевта большого опыта, зрелости; недопустимо вмешивать свои конфликты и проблемы в терапевтический контакт (избегать так называемого противоперенесения). Путем анализа интерпретации и объяснения пациенту механизмов невроза перенесения терапевт может прервать процесс перенесения и помочь пациенту включиться в реальные социальные контакты. Терапевт может избежать противоперенесения, осложняющего процесс лечения, путем «аналитического аутоотренинга» [Kratochvil, 1974]. Фрейд требовал, чтобы терапевт занимал пассивную позицию, лишь несколько активизируя ее при использовании интерпретации, а прямое информирование больного о причинах психоневроза Фрейд считал ошибочным [Jarosz, 1962].

Изложенные кратко основные положения классического психоанализа

показывает, что Фрейд интересовался прежде всего процессами, происходящими в «ид». Лишь продолжатели фрейдизма развернули исследования «эго», занимаясь ролью защитных механизмов во внутренних конфликтах человека [Freud A., 1936; Reich, 1933]. Дальнейшее развитие теорий «эго» происходило в период, когда проблемы бессознательного и психических расстройств стали менее важными, уступив место общей концепции личности. Несколько авторов, сохранив структуральную, топографическую, динамическую и экономическую точки зрения ортодоксального психоанализа, развили теорию так называемых вторичных (сознательных) функций «эго», таких, как рациональное мышление, внимание, запоминание, действие, познание окружающего и т. п. [Hartmann, 1972; Hartmann et al., 1971; Rapaport, 1954]. Психология «эго» во многом, особенно во взглядах на генез, функцию и степень автономности «эго», отличается от фрейдовских концепций [Kofka, 1976] и до сих пор не нашла применения в теоретических разработках истерии.

3.2. Неопсихоанализ

Истерия
Якубик А.

К неопсихоаналитическому направлению причисляются как концепции авторов, которые в большей или меньшей степени перестроили положения ортодоксального фрейдизма [Erikson, 1963; Fairbairn, 1952; French, 1964; Hertmann, 1972; Kardiner, Ovesey, 1951; Rado, 1956; Rank, 1952; Schultz-Hencke, 1951; 1967; Szondi, 1956] или отвергли большую часть его основных принципов [Adler, 1946, 1963, 1964; Jung, 1921, 1960, 1976], так и отдельные самостоятельные теории, часто называемые культуральным, или интерперсональным, психоанализом [From, 1947, 1966, 1970, 1971, 1972, 1973; Homey, 1945, 1949, 1950, 1976; Sullivan, 1947, 1953, 1956]. Следует отметить, что общепринятое до сих пор мнение о принадлежности Адлера и Юнга к широкому направлению неопсихоанализа в последнее время пошатнулось Ellenberger (1970), приведя в подкрепление своих взглядов достоверный фактографический материал, составленный главным образом из работ этих авторов, опубликованных в то время, когда они еще не принадлежали к числу психоаналитиков. Проследив шаг за шагом эволюцию мышления Адлера и теорий Юнга, он обнаружил забытые работы дофрейдовского периода, в которых Адлер дал общий набросок своих в последующем более полно развитых теоретических положений, а Юнг представил основу собственных концепций. На основании этого Ellenberger доказывает, что индивидуальная психология Адлера — это не какое-то «отклонение от психоанализа», а возвращение к теоретической системе, возникшей на протяжении шести лет, предшествующих включению Адлера в круг приверженцев фрейдизма. Подобным образом Ellenberger стремится опровергнуть взгляды на теорию Юнга как на разновидность психоанализа, документируя это неизвестными, еще студенческими работами этого автора. Весьма важные выводы Ellenberger (1970), особенно убедительные по отношению к теории Адлера, не вызвали широкого отклика в кругах неопсихоаналитиков и среди продолжателей идей Юнга и Адлера. Не вступая в полемику по этому довольно спорному вопросу, мы представим взгляды обоих авторов, поместив их в соответствии с традицией в рамки неопсихоаналитического направления [Thompson, 1965; Wyss, 1961].

Юнговская концепция человека, так же как и теории Фрейда и Janet, основана на энергетической модели психики [Jung, 1960]. Под «психе» (этим термином Юнг

определяет человеческую психику) Юнг понимает совокупность всех психических процессов, как сознательных, так и бессознательных. «Психе» создает относительно замкнутую энергетическую систему, в которой источником энергии служит напряжение между сознательным и бессознательным, составляющими две важнейшие противоположности, поскольку имманентным свойством человеческой природы является наличие структуры противоположностей. По закону энантиодромии Гераклита (закон перехода свойств в их собственную противоположность), внутриспсихические противоположности освобождают энергию и осуществляют регуляционную функцию. Количество энергии в «психе» постоянно (закон сохранения энергии), изменяется только ее распределение, поскольку энергия может перемещаться с одного полюса противоположности к другому, например, общий энергетический заряд бессознательного возрастает по мере потери энергии сознанием. Вид действия и проявления энергии также может изменяться при перенесении энергии из одной противоположности в другую. Движение энергии происходит только тогда, когда имеется разница потенциалов между двумя противоположностями. Юнг считал «психе» саморегулирующейся системой, в которой распределение энергии управляется принципом равновесия (потеря определенного количества энергии в одной форме вызывает появление его в другой форме) и принципом энтропии (психические противоположности уравниваются). Эту гипотетическую психическую энергию Юнг назвал «либидо». Термин «либидо» как понятие общей психической энергии в понимании Юнга имеет значительно более широкое значение, чем у Фрейда, приближаясь больше к «*elan vital*» («жизненный порыв» — Примеч. ред.) Бергсона. Движение либидо имеет направленный характер и выражается в двух формах: прогрессии и регрессии. Прогрессивное движение состоит в развитии процесса приспособления к внешней действительности. Это направление создается сознанием. Регрессивное движение, обусловленное бессознательным, возвращает индивида на более ранний этап приспособления.

Нарушение распределения либидо приводит к невротическим и психотическим расстройствам. Движение психической энергии зависит от разности потенциалов в двух противоположностях, поэтому, например, абсолютно равномерное размещение энергии равнозначно исчезновению потенциалов, что вызывает смерть организма. Генез истерии (аналогично другим психическим расстройствам) обусловлен процессом одностороннего перемещения либидо, так как в соответствии с законом сохранения энергии часть психической энергии, утерянная сознанием, перемещается в область бессознательного, где активизирует вытесненные переживания, комплексы, архетипы и т. д., которые затем врываются в сознание, вызывая симптомы невроза или психоза [Jacobi, 1968]. В случае полного перемещения либидо пара противоположностей распадается, приводя к диссоциации (истерия) или расщеплению (шизофрения) личности. Такое явление регрессивного движения либидо возникает в результате отсутствия сознательного приспособления и интенсификации бессознательного. В этом случае имеет место одностороннее накопление психической энергии, в результате чего переполненные энергией бессознательные явления выплывают на поверхность «психе». Если при этом в соответствующий момент не подключается сознание, то частичная регрессия либидо возвращает индивида на более раннюю ступень развития и вызывает истерический невроз (или другую клиническую форму невроза). Полная регрессия либидо ведет к «затоплению сознательного бессознательным» [Jacobi, 1968, с. 80] и развитию психоза.

По Юнгу (1960), структура «психе» имеет слоистое строение и состоит из пяти слоев (считая сверху вниз): 1) «эго»; 2) сознание; 3) индивидуальное бессознательное; 4) коллективное бессознательное; 5) часть коллективного бессознательного, которая никогда не может быть осознана. Бессознательное Юнг рассматривает значительно шире, чем Фрейд, подчеркивая его комплементарное отношение к сознанию, автономное развитие и иное содержание (вытесненные события, воспоминания, комплексы, архетипы, процессы, которые никогда не станут сознательными, элементы, составляющие источник последующих сознательных психических процессов, и т. д.). «Психе» представляет собой динамическую (благодаря постоянному движению психической энергии) совокупность, которая состоит из взаимно дополняющихся и стремящихся к относительному равновесию сознательных и бессознательных внутриспсихических процессов. Содержание индивидуального бессознательного находится в комплементарной связи с содержанием сознания, а разрыв этой связи ведет к патологии. Индивидуальное бессознательное включает в себя явления, вытесненные в процессе онтогенетического развития индивида, их главной составной частью являются комплексы, или «группы психических явлений (например, чувства, мысли, влечения, воспоминания), которые отделились от сознания и функционируют самостоятельно и автономно, главным образом в сфере бессознательного» [Jacobi, 1968, с. 56]. Комплекс состоит из «ядра» (носитель значения комплекса) с определенной энергетической ценностью, преимущественно бессознательного и автономного, т. е. не поддающегося контролю индивида, и связанных с ним многочисленных психических переживаний в сочетании с чувствами, пережитыми индивидом в результате контакта с социальным окружением. Этот комплекс тормозит или возбуждает сознательную деятельность человека. Действуя как магнит, «ядро» комплекса в состоянии присоединить такое количество переживаний, что комплекс может разрастись до огромных размеров и нарушить функцию «психе» или даже полностью овладеть личностью.

Самостоятельным слоем «психе» является коллективное бессознательное, что-то вроде видовой памяти, содержащей общий и наиболее древний опыт человечества, унаследованный от далеких предков. Таким образом, в состав коллективного бессознательного входят инстинкты и архетипы, или прообразы человеческих верований, чувств, действий и стремлений, которые проявляются у каждого человека независимо от культуры и общественной среды. Архетип — это предрасположенность, которая в определенный момент развития активизируется, систематизируя переживания, накопленные сознанием, и придавая им определенную форму. Таким образом, представления о богах, мифы, магические и ритуальные обряды, общие для многих культур, группируются и соединяются в «тройке» (например, символ св. Троицы) или «четверке» (например, «cubus» Платона). Архетипы — это факторы, которые систематизируют некоторые психические элементы, как только они становятся осознанными в форме образов или символов [Jung, 1976]. Примерами в числе прочих являются архетипы заботливой матери, доброго или грозного отца, героя и т. п. [Jung, 1970]. Однако влияние коллективного бессознательного ограничивается действием сознательного «эго» и приобретенными чертами индивида. Содержание коллективного бессознательного приобретает ценность и значение благодаря сопоставлению с сознанием.

Центральной инстанцией «психе» является «самость» (das Selbst), локализованная в общей центральной точке, соединяющей сознательное с

бессознательным. Из «самости», или трансцендентного сознания, под влиянием воздействия внешнего мира выделяется «эго» (ощущение собственного «я»). «Эго» — это комплекса представлений, находящийся в центре поля сознания и обладающий чувством тождества. Иначе говоря, «эго» — это субъект сознания, понимаемого как функция поддержания связи между содержанием психики и «я». Задача «эго» — оптимальное освобождение от влияния «самости» и коллективного бессознательного, т. е. завоевание полной автономности и расширение поля сознания [Prokopiuk, 1976]. Сознательное «эго» вытесняет неприятные для индивида переживания в сферу индивидуального бессознательного и старается по возможности наиболее эффективно приспособиться к внешнему миру. Часть «эго», обращенную к внешней действительности, Юнг называет персоной (маской). Персона охватывает психические и физические свойства человека, а также все приобретенные эталоны поведения. Она составляет функциональную систему, цель которой — обеспечение приспособления к социальной среде путем компромисса между требованиями окружения и внутренними зависимостями индивида. Из этого вытекает, что персона — это нечто вроде эластичного защитного слоя «эго», обеспечивающего равновесие в отношениях «психе» с внешним миром. Если индивид скрывает свою настоящую природу под удобной завесой приобретенных форм приспособления, то тогда персона становится настоящей маской, под которой утрачивается индивидуальность человека. Возникает как бы чрезмерная идентификация «эго» с персоной и увеличение «тени» (противоположность персоны в юнговской терминологии), находящейся в индивидуальном бессознательном и состоящей из инстинктов. Каждый индивид имеет свою «тень», скрываемую от окружающих и несущую ответственность за все совершенные в жизни плохие поступки. «Тень» — символический архетип, который, впрочем, так же как *anima* (отражает женские черты у мужчины) и *animus* (отражает мужские черты у женщины), подтверждает структуру противоположностей, характеризующую человеческую природу.

Действие психической энергии выражается в четырех основных функциях «психе»: мышлении, чувствах, восприятии и интуиции. Они представляют собой две пары противоположных и взаимоисключающих функций: 1) мышление и чувства — рациональные функции, руководствующиеся оценкой (например, мышление состоит в оценке с точки зрения «истинно — ложно», а чувства — с точки зрения «приятно — неприятно»), 2) восприятие и интуиция — функции иррациональные, пользующиеся ощущением без его оценки и интерпретации. Обычно наиболее полно развивается и дифференцируется только одна из перечисленных четырех функций. В основном при помощи этой главной, доминирующей функции человек ориентируется в действительности и приспособляется к ней. Главная функция сознательна, в то время как противоположная функция является бессознательной и носит подчиненный характер. Две остальные функции частично находятся в сознании, частично — в бессознательном. Одной из них человек в какой-то мере пользуется как вспомогательной функцией. Другая редко доступна субъекту. При неврозе тормозится развитие руководящей функции или ее место занимает другая функция.

На основе предшествующих типологий личности Jordan, Gross и Heymans [Roginska, 1971] и результатов собственных клинических наблюдений Юнг развил (1921) свою теорию психологических типов. Доминирующая функция «психе» определяет так называемый функциональный тип (интеллектуальный,

интуитивный и др.). Более общие типологические категории объединяют так называемые типы установок: экстраверсию и интроверсию. Под установкой Юнг подразумевал характер реагирования на внешние или внутренние раздражители [Jacobi, 1968]. В зависимости от направления общей психической энергии мы выделяем экстравертивную установку (направленность либидо вовне) или интровертивную установку (направленность либидо вовне) или интравертивную установку (направленность либидо внутрь). Обобщая, можно сказать, что экстравертивный тип характеризуется направленностью к объектам внешнего мира, а интровертивный — направленностью внутрь, т. е. к собственному «я». Между двумя типами установок налицо отношение противоречия (исходной точкой у экстравертивного

типа является объект, а у интровертивного — субъект), и компенсации (преобладание экстравертивной ориентировки сознания вызывает интровертивную ориентировку бессознательного). Компенсация обеспечивает психическое равновесие, т. е. не допускает психических расстройств, которые проявляются крайними формами экстраверсии (истерия) или интроверсии (психастения). Тип установки определен биологически и поэтому проявляется более отчетливо, чем психологически обусловленный функциональный тип. Сочетание экстраверсии и интроверсии с отдельными видами руководящих функций «психе» позволило Юнгу выделить восемь психологических типов (экстравертивный интеллектуальный, интровертивный интеллектуальный и т. д.).

По Юнгу (1921), истерия — это крайняя форма экстраверсии, что проявляется крайней направленностью к внешнему миру вплоть до потери себя в объекте. Результат пренебрежения к внутреннему субъективному миру — угроза потери своего «я», проекция собственных отрицательных свойств на окружение и инфантильное поведение. В истерии бессознательное имеет недифференцированную и инстинктивную форму, поэтому прорыв бессознательных установок в сознание проявляется бурными субъективными факторами. Вследствие сильного торможения (механизм вытеснения) интровертивных тенденций не происходит компенсации, которая необходима для возвращения психического равновесия. Обостряющийся конфликт установок требует разрешения путем «перестройки» структуры «психе» с помощью психологического анализа (например, в процессе психотерапии). Истерические симптомы как бы вынуждают принять во внимание вытесненные интровертивные установки. Поэтому Юнг считает, что только в первой фазе болезни либидо еще сильнее направляет активность индивида к объекту, зато потом, в результате процесса анализа, появляются компенсаторные эгоцентрические тенденции. Истерия — проявление торможения в нормальном протекании так называемого процесса индивидуации [Jacobi, 1968], или самореализации (развитие своих потенциальных возможностей). Ненарушенный процесс самореализации охватывает две фазы: в первой половине жизни задача человека — приспособиться к внешней действительности, во второй — к действительности внутренней. Истерия представляет как бы затянувшийся первый этап, характеризующийся не только односторонним преобладанием экстравертивной установки, но также недоразвитием и недифференцированностью всех четырех основных функций «психе», что проявляется главным образом низкой степенью осознания и постоянства «эго»

Истерические психические или соматические проявления указывают на наличие торможения и нарушения протекания психической энергии. Симптомы — это

«сигнал тревоги, информирующий, что в сознательных установках нечто существенное работает неадекватно или не работает и что должно произойти расширение сознания» [Wolff, 1959, с. 101], т. е. ликвидация причины торможения путем ее осознания. Причиной появления истерических симптомов являются патогенные комплексы¹, наделенные большим энергетическим зарядом. Источником комплексов часто служат травмирующие переживания, например эмоциональные потрясения, имевшие место как в раннем детстве, так и в настоящее время. Однако самый важный источник комплексов — кажущаяся невозможность полностью одобрить свою собственную личность. От состояния сознания, т. е. от уровня стабильности сознательного «эго», зависит, в какой степени комплексы способны к энергетической «разрядке» и соответственно насколько они могут быть удалены из психической жизни индивида.

Механизм постоянного увеличения сферы действия комплекса ведет к постепенному нарастанию энергетического заряда «ядра» комплекса. Под влиянием присоединенной психической энергии комплекс поднимается вверх, под его давлением сознание как бы прогибается, снижая свой порог, в связи с чем бессознательное проникает в его сферу. Это снижение порога сознания лишает его значительного количества энергии, вызывая переход индивида из активного состояния в пассивное. Вздвигающийся комплекс в сфере сознания ведет себя как инородное тело с высокой степенью автономии, создавая центр функциональных расстройств. Уменьшение сферы сознания за счет комплекса и утрата сознанием энергетического потенциала выражаются в истерии колебаниями уровня («ясности») сознания, что проявляется разнообразными психопатологическими феноменами (например, истерические припадки, истерический транс). Расстройства сознания могут быть кратковременными или более постоянными (например, сомнамбулизм, истерический сопор, каталепсия). Нередко появляющиеся в этом состоянии истерические галлюцинации отражают символически преображенное содержание комплексов. Патогенный комплекс обычно выражает нечто желаемое (например, синдром Ганзера). Незначительное сужение сознания при истерии объясняет, кстати, некритическую, лишенную интеллектуальной коррекции подверженность различным мнениям и идеям. Это явление аналогично внушению. Тем же механизмом, по мнению Юнга, объясняется и легкость, с которой мечтания и фантазирование переходят в истерические гипнотические состояния или сумеречные синдромы. В этом одна из причин очень трудного контролирования гипнотического сна у людей с истерической личностью.

Сильные комплексы лежат также и в основе сенсорно-моторных истерических симптомов и типичных штампов поведения (например, аффектация, вкрадчивость, стремление занять положение «ребенка», эмоциональность и в то же время слабость эмоциональных связей с другими людьми). По Юнгу (1960), истерия не формирует какой-то свой тип личности, она лишь гипертрофирует уже существовавшие черты. До тех пор, пока комплекс не осознан, пациент может спокойно и неэмоционально о нем говорить. Это характерное для истерии, как считал Janet, *la belle indifference* («изящное безразличие») часто внезапно прерывается бурными взрывами эмоций, приступами крика и т. п., лишенными адекватного этим реакциям содержания. Такое поведение — проявление вытеснения комплекса, который как будто мог быть осознан в следующую минуту. Блокирование путей, ведущих к конфронтации комплекса с сознательным «эго», проявляется у больных довольно типичным поведением (разговоры «вкруг да около», ответы «не знаю», жалобы на невозможность

думать «о чем-либо» и т. п.), как только врач в разговоре коснется содержания комплексов. Именно у больных с истерическими расстройствами это создает впечатление умышленного отказа отвечать на вопросы (негативизм), в то время как он в большей или меньшей степени бессознателен. Одной из форм такого отказа, по мнению Юнга, являются «бессвязные ответы» при синдроме Ганзера или истерический мутизм. При экспериментальном исследовании бессознательных комплексов при помощи техники свободных ассоциаций (так называемый ассоциативный эксперимент, введенный Jalong) торможение комплекса проявляется отсутствием или удлинением времени на словесные раздражители.

В аналитической психологии Юнга конечными целями психотерапии неврозов и психозов, в том числе, конечно, всевозможных истерических расстройств, являются расширение и углубление сознания индивида до такой степени, чтобы он мог в жизни свободно развивать потенциальные возможности своей личности, т. е. полноценно осуществлять процесс самореализации (самовоплощения). Первый этап эффективной психотерапии — это обнаружение содержания бессознательного в психике больного, прежде всего патогенных комплексов и архетипов. Это достигается исследованиями при помощи свободных ассоциаций, сбором данных о симптомах, развитии и течении психических расстройств, путем анализа сновидений, фантазий, мечтаний. Роль психотерапевта заключается в активном направлении и интерпретации. Юнг подчеркивает важность эмоционального контакта между больным и врачом и значение личности самого врача, поскольку каждый психотерапевт может довести больного лишь до такого уровня единства «психе», которого сам достиг [Jacobi, 1968]. Всегда необходимым условием эффективного лечения является осознание больным комплексов, которые тормозят развитие его личности, вызывая преходящую потерю способности к самореализации и появление психических расстройств.

Адлер (1946, 1963, 1964), второй значительный реформатор фрейдизма, назвал свою теорию индивидуальной психологией, чтобы отделить ее от классического психоанализа. Индивидуальная психология отвергает три фундаментальных принципа Фрейда: биологический детерминизм, сексуальную этиологию психических расстройств и доминирующую мотивационную роль бессознательного в жизни индивида. По Адлеру, человек по своей природе — существо общественное, и поэтому основной фактор, мотивирующий его действия, — это социальные потребности, подчиняющие себе индивидуальные; среди них важнейшая — потребность контакта с обществом (чувство общности). Поэтому поведение индивида направлено к цели, которая представляет собой осуществление социальной потребности. Кроме того, человек — прежде всего сознательное существо (т. е. сознающее свои цели, стремления, возможности и недостатки), а бессознательное играет в его жизни второстепенную роль. В стремлении к общности формируется так называемый индивидуальный жизненный стиль (уже на 4—5-м году жизни), т. е. своеобразная система функционирования личности, ориентированная на социальные цели. Индивидуальный жизненный стиль формируется главным образом под влиянием «творческого я». Под этим понятием в настоящее время подразумевается собственная (творческая) активность индивида. Из адлеровской концепции вытекает, что деятельность человека обусловлена будущим, а не прошлым, как полагает ортодоксальный психоанализ.

В процессе социализации ребенка может возникнуть второй важный фактор, определяющий деятельность человека и направляющий его поведение к новым целям. Это потребность самоутверждения, которую Адлер определяет термином «стремление к превосходству» (стремление к значению). В период раннего детства у каждого человека возникает чувство неполноценности, обусловленное как филогенетически (общая слабость человека как вида), так и онтогенетически (физическая и психическая беспомощность ребенка, неполноценность в результате врожденных дефектов или перенесенных болезней, косметические дефекты). Ощущение неполноценности рождает стремление к компенсации, т. е. к уравниванию своих недостатков достижениями и выдающимися результатами в другой области деятельности. Иногда проявляется сверхкомпенсация, выражающаяся в попытках преодоления именно того недостатка, который является причиной чувства неполноценности (например, физически слабый человек стремится стать знаменитым спортсменом). Компенсация — нормальное явление в том случае, если она учитывает реальные возможности индивида и направляет его действия к достижению общественно полезных целей. Часто чувство неполноценности углубляется под влиянием окружающих (например, сосредоточение внимания на беспомощности и недостатках ребенка, несерьезное отношение, насмешки), вследствие педагогических ошибок (слишком высокие требования, эмоциональная отчужденность, неодобрение со стороны родителей) или зависимого положения среди братьев и сестер, приводя к развитию комплекса неполноценности. Чувство неполноценности рождает потребность в самоутверждении (демонстрации своих достоинств) путем достижения значимости или господства (власти) над другими людьми. В связи с этим развиваются два основных способа борьбы с чувством неполноценности: стремление к могуществу или «бегство в болезнь». Оба они формируют и фиксируют типичный для них индивидуальный жизненный стиль. По мере углубления чувства неполноценности пропорционально возрастает стремление к могуществу и тем самым уменьшается чувство общности. Изменение направления деятельности человека от социальных целей к поддержке собственного «я» Адлер считает проявлением патологии.

В соответствии с философскими концепциями Vaihinger (1925), отчетливое влияние которого испытывал Адлер [Ansbacher, 1974], люди придерживаются в жизни определенных фикций и ведут себя так, «как будто» фикции существуют на самом деле (например, сражаются за фиктивные идеи), а в момент, когда фикции становятся ненужными, отбрасывают их. По мнению Адлера, лишь психически здоровый человек благодаря умению реально смотреть на действительность способен отбросить все фиктивные жизненные цели, а человек с невротическими расстройствами к этому не способен. Если цели, которые ставит перед собой человек, стремясь к могуществу, далеки от его собственных реальных возможностей, то они приобретают свойства фикции и тем самым становятся невротическими целями. Из-за стремления к превосходству над окружающими и укреплению чувства собственной ценности фиктивными целями теряется контакт с социальной действительностью. Невротические симптомы играют защитную роль путем мнимого повышения ощущения собственной ценности, так как пациенты любую невозможность или неудачу в осуществлении желаний приписывают болезни. Невроз — это как бы патологическая форма компенсации, представляющая собой удобный способ завоевания могущества и приобретения значимости (например, сосредоточение на себе внимания окружающих, принуждение других к уступкам в пользу больного, господство за

счет бессилия и потребности в помощи), а нередко и чувства превосходства, проистекающего из подчинения себе окружения. Это может быть первичным, бессознательным мотивом «бегства в болезнь», а не только одной из вторичных выгод, извлекаемых из болезни, как считал Фрейд и многие другие психоаналитики. В возникновении невротических расстройств, кроме того, играет роль и личностная предрасположенность, которую Адлер называет невротической предрасположенностью. Это жизненный стиль, характеризующийся перекладыванием ответственности на других, тенденцией к эксплуатации окружающих, постоянно предъявляемыми требованиями к ним и ожиданием помощи от них и т. п. [Ansbacher, 1974].

Приведенный механизм формирования невроза Адлер относил ко всем клиническим формам невротических расстройств, в том числе к истерии. Насколько для Фрейда моделью психических расстройств любого типа был истерический невроз, настолько для Адлера этой моделью был невроз навязчивых состояний. По мнению Ansbacher, знатока «адлеризма», невротические симптомы могут выражаться как расстройствами процесса мышления (например, навязчивые состояния, амнезии), так и расстройствами сферы чувств (например, фобии, депрессии) или функций (например, истерические и психосоматические симптомы). Психотерапевтическое лечение, как правило, должно быть кратковременным и носить характер переучивания, т. е. стремиться изменить невротический жизненный стиль больного. Врач должен быть активным как при выявлении конкретных проблем больного, так и при побуждении его к компенсации, направленной на реализацию социальных потребностей и соответствующей реальным личным возможностям пациента.

Социальный генез психических расстройств подчеркивают прежде всего представители культурального психоанализа: Sullivan, Homey, Fromm. Создатель интерперсональной теории Sullivan (1947, 1953, 1956) считает, что причиной психозов и неврозов являются нарушения межличностных отношений, особенно между матерью и ребенком. Именно этот первый опыт межличностных отношений ребенка обуславливает появление под влиянием последующих жизненных ситуаций невротических и психических расстройств.

Из теоретических положений Sullivan вытекает, что поведение человека направляется двумя основными стремлениями к удовлетворению (реализация биологических потребностей) и безопасности (удовлетворение личностных потребностей). Воплощение этих стремлений возможно только в контакте с другими людьми. Поэтому в раннем детстве, т. е. в период полной зависимости ребенка от родителей и других лиц, для будущего правильного развития личности необходимо обеспечить ребенку удовлетворение биологических потребностей и атмосферу одобрения, создающую ощущение безопасности. Лишь достижение обеих этих целей дает ребенку чувство удовлетворения («эйфории» — по терминологии Sullivan), поскольку удовлетворению биологических потребностей не всегда сопутствует ощущение безопасности. Неодобрение родителей, особенно матери, вызывает потерю чувства безопасности, что в свою очередь ведет к возникновению страха. Желая избавиться от страха, ребенок ведет себя так, чтобы вновь обеспечить себе одобрение окружающих. В младенческом возрасте ребенок может также перенять страх от матери путем эмпатии (вчувствования) (на этом принципе основана концепция так называемой шизофреногенной матери). В этом случае возникает структура «первичного страха» [Sullivan, 1947]. Указанное приводит к

выводу, что источник страха в межличностных отношениях, в связи с чем страх сопутствует человеку с момента рождения до самой смерти. Страх является основной психической энергией, а динамика личности выражается постоянным стремлением к снижению напряжения, вызванного страхом. Расстройства поведения — также результат стремления избежать страх, причем в данном случае основную роль играет конфликт тенденций, например, определенное поведение может вызвать одновременно удовлетворение биологических потребностей и утрату чувства безопасности.

Личность, понимаемая как относительно постоянный шаблон межличностных отношений, по мнению Sullivan, — гипотетическая конструкция, предназначенная для объяснения взаимного влияния людей друг на друга [Wieszorek, 1973]. Личность — это продукт культурной адаптации, поэтому она состоит из черт и потенциальных возможностей индивида, которые были поддержаны социальным окружением в детстве. В результате постоянного стремления к одобрению и избегания осуждения в контактах с другими людьми возникает так называемая система я, состоящая из социального «я» (представление о самом себе, составленное из «отраженных общественных оценок») и из механизмов, применяемых для уменьшения страха. Уже в младенчестве появляются защитные механизмы, в том числе апатия или изоляция в форме длительного сна, которые подавляют страх и снимают напряжение, вызванное отсутствием удовлетворения потребностей. По мере взросления формируются дальнейшие защитные механизмы: рационализация, действия «понарошку» (например, игра в мать), избирательное невнимание (избегание всего, что не связано с поддержанием чувства безопасности), сублимация (замена конфликтного поведения социально одобряемым поведением), эмоциональная разрядка (например, гнев, ярость, грусть, ревность), диссоциация (удаление в область бессознательного «плохого я» или его частей). К механизмам разрядки страха Sullivan причислял также ипохондрию (оправдание болезнью), бредовые реакции (внешнее проецирование своего «плохого я»), фобии и навязчивости (навязчивые мысли и действия служат как бы заклинаниями, защищающими от страха). Формирование иррациональных механизмов снижения страха — явление невротическое, поскольку ориентирует человека исключительно на обслуживание собственного «я». Использование даже одного защитного механизма является проявлением слабости «системы я» и постепенно приводит к психическим расстройствам. Кроме «системы я», Sullivan выделяет также следующие элементы личности: 1) динамизмы — постоянные схемы превращения энергии (каждая форма поведения считается превращением энергии); 2) персонификации — образ себя (состоит из «хорошего я», «плохого я» и «не я») и образы других людей; 3) познавательные процессы, протекающие прототаксическим (эмпатия), паратаксическим (восприятие) и синтаксическим (словесные и несловесные сигналы) путями.

Вначале Sullivan (1947) расценивал истерию как патологию, вызванную амнезией пережитых межличностных ситуаций, вызывающих страх, поскольку страх ведет «к удалению из поля сознания ситуации, вызвавшей его» [Sullivan, 1947, с. 21]. Поэтому он определял истерию как психическое заболевание, являющееся «нарушением межличностных отношений в результате распространенной амнезии» [Sullivan, 1947, с. 54]. Это определение представляет собой лишь модификацию известного изречения Фрейда о том, что «больные с истерическими расстройствами страдают от воспоминаний» [Breuer, Freud, 1895, с. 127]. В более поздних работах Sullivan (1956) описывает истерию как

своеобразную форму межличностных связей, а также рассматривает ее в категориях особого типа поведения — игры, цель которой — добиться одобрения окружающих, тем самым обеспечив себе чувство безопасности. Однако эти идеи Sullivan не развил более широко, поскольку круг его интересов включал прежде всего шизофрению и невроз навязчивых состояний.

В ходе межличностного контакта с врачом больной должен избавиться от страха, восстановить утраченное чувство безопасности, научиться адекватно оценивать себя и других, усвоить правильную стратегию решения проблем межличностных отношений, научиться находить удовлетворение в контактах с людьми [Kratochvil, 1974]. В случаях шизофрении психотерапия стремится исключить у больного типичную для ранних этапов онтогенетического развития паратаксическую форму познания действительности.

Что касается генеза неврозов, основные концепции интерперсональной психиатрии Sullivan немногим отличаются от теоретических принципов Horney (1939, 1945, 1950, 1976), которая, подчеркивая культуральную обусловленность невротических расстройств, наряду с этим важнейшей причиной неврозов считает нарушения человеческих взаимоотношений. Взгляды Horney, хотя она и не занималась отдельными клиническими формами неврозов, и ныне находят отражение в работах современных клиницистов и психотерапевтов, которые при анализе невротических механизмов и расстройств личности в значительной степени опираются на ее концепции. Это находит отражение и в проблематике истерического невроза и истерической личности. Некоторые идеи Horney подверглись большей или меньшей трансформации в теориях других авторов [Portnoy, 1974], в том числе и польских [Kepinski, 1972a, 1977a, 1977b; Obuchowska, 1976]. Принятый в данной работе анализ взаимоотношений реального и идеального «я» истерической личности также вытекает из интерпретации этого вопроса Horney. Поэтому нам кажется правильным хотя бы обобщенно представить самые существенные теоретические положения этого автора.

По мнению Horney, развитие человека, рассматриваемое в биологической, психологической, социальной и этической плоскостях, состоит в самореализации, или постоянном стремлении к оптимальному осуществлению своих потенциальных возможностей. Воплощение этой тенденции развития возможно только тогда, когда индивид справляется с ответственностью за себя, способен принимать решения и выбирать, какие установки и стремления следует отвергнуть, а какие продолжать в следующем индивидуальном развитии. Невротические расстройства, понимаемые как отклонения от общепринятых в данной культуре эталонов интерперсонального поведения, — это проявление заторможенного процесса самореализации.

С первых лет жизни поведение человека определяют стремления к удовлетворению, к безопасности и к интеграции (внутреннему единству). Осуществление этих стремлений зависит от условий, созданных ребенку родителями. Если ребенок чувствует любовь и поддержку, его развитие происходит в атмосфере безопасности и уверенности в себе; если родители, имеющие собственные невротические потребности и конфликты, колеблясь между полным одобрением, идеализацией ребенка и неодобрением, чрезмерными требованиями и ожиданиями, создают в семье климат тревоги, то правильное развитие ребенка становится невозможным. При этом у ребенка

возникает характерная триада чувств: беспомощность, чувство эмоциональной изоляции и угрозы со стороны потенциально враждебного окружения. Происходит потеря чувства безопасности, что в свою очередь приводит к сильному чувству страха, который Horney называет основным страхом. Для предотвращения потери чувства безопасности формируются три основных способа уменьшения страха: установка «к» (людям) (стремление найти любовь и заботу), установка «против» (людей) (агрессия по отношению к окружающим) и «от» (бегство от окружения) [Horney, 1945]. Человек может произвольно изменять установку в зависимости от ситуации, но в неврозе эти три установки становятся несовместимыми (отсутствие способности выбора, который является главным условием развития); это создает так называемый основной конфликт. У невротического индивида в зависимости от воздействия среды благодаря частому повторению фиксируется обычно один тип установки: «к» (покорность), «против» (агрессия) или «от» (изоляция), проявляющийся в каждой трудной ситуации, что моментально вызывает противоположную реакцию. В этом конфликт установок (тенденций). Поэтому страх не только уменьшается, а углубляется. Чувство безопасности исчезает, окружение кажется все более угрожающим и враждебным. Так формируется структура характера, составляющая «ядро» невроза. Для Horney «каждый невроз независимо от симптомов — это невроз характера» (1945, с. И). Термин «неврозы характера» Alexander предлагал для неврозов без клинической симптоматики, однако, по Horney (1976), наличие или отсутствие симптомов не имеет существенного значения, так как невроз составляет невротическую структуру характера, т. е. проявляется главным образом расстройствами личности, хотя симптомы могут быть идентичны так называемому ситуационному неврозу. По мнению Horney, ситуационный невроз отмечается у людей с ненарушенной личностью как реакция на трудную внешнюю ситуацию. Это кратковременная неспособность к данной ситуации. В неврозе характера существующие конфликтные ситуации являются следствием имеющихся характерологических дефектов (расстройств личности). Кроме того, многие ситуации становятся трудными для лиц с невротическим характером, хотя не являются таковыми для здоровых субъектов. Независимо от вида симптомов или их отсутствия общий элемент всех неврозов — расстройства личности, определяющие поведение человека. Расстройства личности проявляются в виде невротических потребностей: 1) потребности в сочувствии и одобрении; 2) потребности во власти, престиже, обладании; 3) потребность в зависимости; 4) потребность в изоляции. Главная цель невротических потребностей — восстановление чувства безопасности за счет снижения основного страха, в то же время они сами из-за своего внутреннего противоречия становятся потенциальным источником страха (так называемого вторичного страха). Это типичное проявление невротического «порочного круга». Кроме того, невротические потребности характеризуются иррациональностью, императивностью, отсутствием гибкости и разрывом между возможностями индивида и его стремлениями. В результате конфликта между этими разнообразными потребностями возникает невроз, который представляет собой «психическое расстройство, вызванное страхом и защитой от этого страха, а также попытками отыскать компромисс в конфликте противоположных тенденций» [Horney, 1976, с. 36]. О неврозе мы говорим только тогда, когда поведение человека является отклонением от норм, принятых в данной культуре.

Следствием нерешенных внутриспсихических конфликтов (основного и вторичного конфликтов) и невротического развития личности является потеря возможности самореализации. Настоящее «я» человека, вместо того чтобы быть

интегрирующей и побуждающей к развитию (т. е. к самореализации) силой, становится объектом борьбы противоположных тенденций. В связи с этим индивид как бы отдалается от реальности своего настоящего «я» и вместо него создает свой идеализированный образ, соответствующий невротическим установкам, поскольку невротическое развитие вызывает так называемое отчуждение от я [Ноте, 1950], выражающееся в двух формах: «отчуждение от актуального я» и «отчуждение от реального я», причем второе по своим последствиям более серьезно. Отрыв от «актуального я» проявляется деперсонализацией, дереализацией, истерической диссоциацией, а также «обеднением внутреннего опыта» [Portnoy, 1974], что нередко выражается ощущением пустоты и ничтожности. Отрыв от «реального я» проявляется отсутствием естественности чувств, ослаблением интегративных процессов, неспособностью к выбору, к принятию решений и ответственности за собственное развитие. «Отчуждение от я», безусловно, угрожает естественному стремлению к внутреннему единству (интеграции). Защищаясь от утраты единства, человек предпринимает попытки разрешить конфликт, но они по-прежнему носят иррациональный, невротический характер и поэтому не ликвидируют имеющихся противоречивых тенденций. Это только мнимое разрешение конфликта.

Один из методов защиты — фиксирование только одной из трех установок («от», «против» и «к»), что должно вести к ослаблению двух остальных и тем самым к исключению их противодействующих тенденций. Другое невротическое решение, играющее большую роль, например у истерической личности, это механизм экстернализации [Horney, 1945], т. е. проецирования конфликта вовне. В этом случае индивид переживает не бессознательный внутренний конфликт, а сознательный конфликт между собой и окружающим, при этом ответственность перекладывается на других людей. Однако важнейшая форма защиты — чрезмерная идеализация образа собственного «я». Благодаря идентификации с этим ложным, идеализированным образом «я» больной неврозом переносит центр тяжести с межличностных отношений на себя. Теперь он сосредоточен на реализации невротического, идеализированного «я», что выражается в эгоцентризме, столь типичном для каждого невроза. Реализацию идеализированного «я» Horney (1950) называет «стремлением к славе», а какие-либо достижения в этом направлении, повышающие чувство собственной ценности, — «невротической гордостью». Одновременно возникает конфликт между «реальным я» и «идеализированным я», который в отличие от основного (между тремя установками) конфликта Horney (1950) определяет термином «центральный внутренний конфликт». Поскольку самореализация из-за нереального и идеализированного представления о собственном «я» при столкновении с действительностью оказывается невозможной, это вызывает ненависть к «реальному я». При этом по принципу порочного круга углубляется центральный внутренний конфликт: чем больше несоответствие идеализированного «я» действительности, тем сильнее ненависть к «реальному я», тем больше нарастают несоответствия.

Реализация идеализированного «я» («стремление к славе») проходит по трем основным моделям невротического развития человека в соответствии с установками «к», «против» и «от». Все они являются методами невротического разрешения внутренних конфликтов, т. е. стремления к уменьшению страха (восстановления утраченного чувства безопасности). При решениях типа «к» (покорность) происходит идентификация с независимым «я», что проявляется

стремлением к завоеванию любви всех людей, крайней зависимостью от окружающих, соглашательством, влечением к унижению (мазохизм). Покорность и страдание могут выполнять функции контроля окружения. При решениях типа «против» (экспансия) индивид идентифицируется с идеализированным «я». Это может проявляться в трех формах: 1) нарциссизм (идентификация с воображаемым образом собственного «я»); 2) перфекционизм (идентификация с самыми высокими стандартами и нормами); 3) агрессия (идентификация с «невротической гордостью»); обычно проявляется в виде склонности к унижению окружающих, а нередко в виде садистских тенденций. При решениях типа «от» (отказ) индивид отказывается от «стремления к славе», и поскольку в этом случае идеализированный образ собственного «я» включает такие черты, как независимость, самостоятельность, уверенность в себе, то идеалом индивида становится свобода. Это свобода «от» (а не свобода «для») себя (отказ от самореализации) и «от» окружающих (уход от активной жизни или удовлетворение ее суррогатом, занятие позиции стороннего наблюдателя).

Обобщая изложенное, можно отметить, что в концепции Horney (1950, с. 368) невроз понимается как «расстройство взаимоотношений человека с самим собой и с другими людьми», обусловленное социально-культурными факторами. Невроз возникает под влиянием определенных условий общественной среды: 1) создающих утрату чувства безопасности, чувство беспомощности, тревоги и эмоциональной изоляции; 2) способствующих развитию разнообразных невротических конфликтов; 3) поощряющих такие образцы поведения, которые составляют элементы идеализированного собственного «я». Поскольку невротические образцы поведения усваиваются в процессе межличностных контактов, то возможно преобразование их в процессе психотерапии. Поэтому главная задача терапии — «реориентация через самопознание» [Horney, 1950, с. 341]. Терапия призвана помочь больному осознать невротические конфликты, необходимость принятия «реального я», обнаружить нереальность «идеализированного я», указать правильную стратегию разрешения конфликтных тенденций, что позволит пациенту восстановить способность выбора и принятия решений, чувство ответственности за себя. Лишь достижение этих целей в процессе психотерапии откроет больному путь к дальнейшей не невротической саморегуляции.

Публицистическое творчество третьего главного представителя культурального психоанализа Fromm (1947, 1966, 1970, 1971, 1972, 1973) носит скорее общественно-критический и философско-этический, а не клинический характер. Вопросами истерии Fromm вообще не занимался, и его взгляды не использовались авторами, разрабатывавшими эти проблемы. Поэтому мы не будем представлять взгляды Fromm, и лишь некоторые его концепции, относящиеся к проблеме характера, будут обсуждаться далее (см. раздел 4.2).

3.3. Антропологическая психиатрия

Истерия
Якубик А.

Антропологическое направление в психиатрии опирается главным образом на некоторые положения феноменологии Husserl (1967), а также на экзистенциализм Heidegger (1927). Значительно меньшее влияние на антропологическую психиатрию оказали взгляды Сартра (1943, 1946), отражение которых, чаще всего

вместе с концепциями Tillich (1952) можно обнаружить прежде всего у американских психиатров, психоаналитиков и психотерапевтов [Colm, 1966; May, 1973; May et al., 1958]. Термин «антропологическая психиатрия» обозначает онтологический подход к человеку как к единому целому и сосредоточение на понимании структуры и смысла его бытия. Учитывая важность применяемого феноменологического метода исследования, многие авторы иногда используют параллельно определение «феноменологически-антропологическая психиатрия» [Kuhn, 1963; Zutt, 1963]. По мнению Blankenburg, термины «антропологическая психиатрия» и «экзистенциальная психиатрия» не следует считать синонимами, поскольку второй термин имеет более узкое значение.

Психиатрия переняла у Husserl (1967) принцип так называемой феноменологической редукции, применявшийся первоначально для анализа психопатологических явлений Minkowski (1927, 1933) и продолжателем «понимающей психологии» Dilthey Ясперсом, впоследствии развитый Straus (1956, 1960) и Merleau-Ponty (1945). Выдвигая постулат возврата к «самим предметам», Husserl предлагает использовать метод феноменологической редукции (т. е. отбрасывание всех предпосылок, принятых как на основании современных научных знаний, так и на основании повседневного опыта, предубеждений или ориентации, а также отказа от разделения на наблюдающий субъект и наблюдаемый объект) для того, чтобы постигнуть «сущность вещей», т. е. интуитивно уловить феномен таким, каким он является нашему сознанию, а затем описать его структуру. Задача феноменологического метода — извлечь из явлений сущность вещей, т. е. исследование не реальных (например, причинно-следственных) связей между фактами, а структуральных связей или свойств, отличающих сущность данного предмета независимо от актуального опыта. Содержание феномена доступно анализу независимо от того, соответствует ли он чему-либо в действительности или нет и является ли он реальным или нет с точки зрения эмпирических знаний. Метод феноменологического исследования состоит как бы из трех основных фаз:

феноменологической интуиции, феноменологического анализа и феноменологического описания. Феноменологическая интуиция — это что-то вроде внутреннего созерцания («вглядывания»), в котором общая сущность вещей непосредственно предстает сознанию. Сознание, как вслед за Brentano утверждал Husserl, имеет интенциональный характер, т. е. каждый его акт на что-то направлен (всякое сознание — это всегда сознание чего-то). Интенциональный объект — это только коррелят сознания, поэтому реально он может не существовать. Феноменологический анализ состоит в обнаружении структуральных взаимосвязей между свойствами, составляющими сущность данного феномена, а феноменологическое описание — это представление интуитивно познанных и проанализированных явлений таким образом, чтобы их могли понять другие люди.

Экзистенциализм отвергает дуализм субъект — объект, психе — сома и детерминизм, он, в противоположность другим философским направлениям, предполагает первичность экзистенции (существования) по отношению к эссенции (сути, бытию), что нашло отражение в известном тезисе «экзистенция опережает эссенцию» [Sartre, 1943]. Экзистенциалистская философия радикально противопоставляет категории существования (мира человеческой экзистенции) и бытия (мира вещей), т. е. того, что субъективно (сознание), тому, что объективно (объект сознания). Именно сознание упорядочивает мир вещей, придавая ему

смысл, т. е. бытие—это то, что находится вне сознания. Поэтому предметы только «имеются» — мы можем извне определить их как имеющие какую-то «суть», в то время как человек «существует», поскольку благодаря внутренней свободе, выражающейся способностью выбора среди многих возможностей самореализации, его нельзя определить и ограничить какой-либо формулой. Существование человека может определить только он сам изнутри. В экзистенциализме конкретный индивид подразумевается как сознание (своеобразное понимание декартовского «мысля...»), а существование человека равнозначно сознанию этого существования. Ведь человек отличается от предметного мира наличием самосознания, т. е. сознания собственного сознания. Поскольку каждый акт сознания автономен и совершенно не детерминирован, поскольку человек абсолютно свободен в своих решениях и выборе, он не зависит от давления внешних обстоятельств и тем самым ответствен за свои действия. Предпринимая какую-либо деятельность, человек как бы каждый раз создает себя заново, проявляется, «выплывает» из прошлого в будущее, выходит за рамки самого себя, «проецируется» вне себя. Приступая к деятельности, человек—ничто («небытие»), которое уже само создает свою сущность. Так что человек постоянно «открыт» в сторону окружающего мира, свои деяния он творит «из ничего». Если человек — «не то, что он есть, а то, что он не есть» [Sartre, 1943], то до тех пор, пока он жив и действует, нельзя определить его «суть», т. е. охватить его какой-то замкнутой формулой, кроме того, он непознаваем, а его действия непредвидимы, поскольку в любой момент он может сделать полярно противоположный выбор, усомниться во всем своем прошлом и придать ему новый смысл «Сущность человека — конкретные идеалы, которые он ставит перед собой и которые могут быть познаны, когда осуществляются в его действиях, т. е. станут «бытием»; а само существо человека может быть познано лишь тогда, когда человек реализует себя полностью, т. е. «перестанет существовать» [Jaroszewski, 1970, с. 60]. Это возможно после смерти.

Для определения своеобразия человеческой экзистенции Heidegger (1927) предложил понятие «Dasein» («здесь-бытие») и описал существование человека, противопоставив объективный мир природы и субъективный мир других людей. «Здесь-бытие» обозначает бытие на земле, в конкретных условиях, ситуации, времени и пространстве, в которых находится индивид в данный момент. Фундаментальными составляющими структуры «здесь-бытия» являются: «бытие-в-мире» (In-der-Welt-sein) и «со-бытие» (с другими людьми) (Mitsein). Таким образом, основное условие экзистенции человека — это не только мир вещей, которому он придает смысл и упорядоченную структуру, но прежде всего сосуществование с другими людьми. Сознание своего существования равнозначно пониманию того, что наше «здесь-бытие» — не результат нашего выбора, а случайность, «навязанная извне», абсурд; что мы «брошены в мир», который таит источник постоянной опасности, безо всяких инструкций, как нам жить; что мы сами для себя составляем «точку отсчета» всех моральных оценок и ценностей; что у нас абсолютно свободная воля и поэтому мы несем ответственность за свой выбор и свои решения; что «существовать» или «быть» означает постоянную необходимость «становиться», превосходить «самого себя», данного в определенный момент настоящего; что наша экзистенция направлена к пределу, в ничто («небытие»), поскольку она — «бытие-к-смерти»; что структуре нашей экзистенции присущи страх (тревога) (страх смерти или утраты самосознания, например, в случае «неподлинной» жизни) и чувство вины, связанной с отказом от самореализации и неосуществленными потенциальными возможностями. Лишь осознав все эти аспекты «здесь-бытия», человек способен

жить «подлинной» жизнью.

Большое значение для интерпретации психопатологических феноменов имеет выдвинутая Heidegger концепция «подлинной жизни». «Неподлинная» экзистенция — это бегство индивида от правды о самом себе, утрата рефлексии над смыслом своего существования, т. е. отсутствие самосознания, поскольку обычно человек пассивно адаптируется к среде, приемлет социальный конформизм, постоянно повторяет общепринятые действия, слова, жесты, считает банальные стандарты наивысшими ценностями. Освобожденный от усилий понимания своего положения в мире, лишенный индивидуальности в анонимной монотонной повседневности человек живет в сфере очевидного и этот стереотипный образ жизни принимает за естественный и «извечный», тем самым отождествляясь с ним. Эта навязанная, пошлая форма существования — продукт какой-то неуловимой, неопределенной и безымянной силы, которую Heidegger называет *das Man*¹. Власти «Man» подчиняется вся жизнь индивида (по принципу «живется»), поэтому он существует не подлинно, а лишь как «само Man» (*Man-Selbst*). Отождествляя себя с «Man», человек не сомневается в себе, более того, он чувствует себя спокойным и счастливым. Лишь экзистенциальный страх освобождает человека от господства «Man», и под маской повседневных действий и иллюзий обнажается настоящий облик «бытия-в-мире», заставляя индивида занять по отношению к экзистенции подлинную позицию и осознать свою свободу и вину. Так, чувство страха и вины становится фактором, корректирующим индивидуальную линию развития индивида, мобилизуя его взять на себя ответственность за свою судьбу, побуждая к решениям и усилиям самореализации. Binswanger (1953, 1963), швейцарский психиатр, пребывающий под явным влиянием взглядов Кьеркегора, Buder, Scheler и Фрейда, перенял у Heidegger схему структуры человеческой экзистенции (*Dasein*), но многие ее положения модифицировал. Binswanger создал антропологическое направление, которое определил как анализ существования (*Daseins-Analyse*) (называемый также экзистенциальным анализом или феноменологическим антропологическим анализом). Анализ существования — это психотерапевтический метод исследования, представляющий собой анализ состояния сознания человеческого индивида с помощью феноменологических составляющих. Анализ существования изучает модальности экзистенции человека, т. е. видоизменения его «бытия-в-мире», рассматривая их в трех фундаментальных «параметрах»: 1) субъект, 2) экзистенциальное движение, 3) «набросок» видения мира.

По отношению к субъекту, т. е. конкретному индивиду, Binswanger (1953) выделяет три основных вида «бытия-в-мире»: окружающий мир, мир общения и собственный мир.

Окружающий мир (*Umwelt*) — это биологический, детерминированный, общий для людей и животных мир природы. Человек адаптируется к нему в соответствии с биологическими законами. Эта форма модальности расценивается как «бытие-здесь-при». Мир общения (*Mitwelt*) — социальный мир, мир сосуществования с другими людьми. За счет такого «бытия-с-другими» индивид путем контактов с другими лицами расширяет свой субъективный опыт, что позволяет избежать изоляции и одиночества, «заброшенности в мире». Такой контакт должен носить характер встречи (*encounter*), в ходе которой субъективный мир одного человека соединяется с миром другого. При этом нельзя относиться к другому лицу как к объекту своих действий и целей, так как за счет этого мы лишаем его свободы (человек перестает существовать как

«бытие-для-себя» и становится «бытием-для-меня»; Сартр, 1943), а тем самым и человечности. В мире общения Binswanger выделяет четыре способа экзистенции: 1) дуалистический: идеальная и наиболее желаемая форма межличностных контактов, носящая характер встречи двух независимых субъектов, встречи, основанной на понимании, доверии и любви («бытие-в-любви»). Дуалистическую модальность экзистенции Binswanger (1953) называет «нашесть» (от слова «мы» в значении «нас двое»); 2) множественный: формальные связи с другими людьми, характеризующиеся соревнованием и соперничеством; 3) одиночный: изоляция от окружающих и нарциссическая концентрация на собственном «я», что проявляется, например, в аутизме или шизоидности; 4) анонимный: неподлинная экзистенция, жизнь в мире «Ман». Собственный мир (Eigenwelt) — субъективный мир самосознания (особого качества, присущего только человеку), как бы «бытие-само-в-себе», трансцендентность самого себя и видения мира вещей и людей в перспективе собственной самореализации («по-отношению-ко-мне»). Человек живет во всех трех мирах одновременно, и какая-либо односторонность или преобладание одного из видов «бытия-в-мире» — это обеднение, «дефект» его экзистенции. Подобно этому должно существовать определенное общее равновесие между описанными четырьмя модальностями Mitwelt, равновесие относительное, учитывающее большую ценность дуалистического вида экзистенции.

Второй параметр экзистенции — это движение (речь идет не о материальном движении в физическом пространстве, которое может быть лишь одним из компонентов экзистенциального движения), понимаемое как своеобразный, индивидуальный способ вхождения человека в мир. Движение — это феноменологическая реальность, которая непосредственно переживается сознанием, что находит отражение в образном или метафорическом описании (например, «полет в неограниченном сияющем пространстве», «хождение по земле», «ползание по трясине»; Binswanger, 1963). И, наконец, третий параметр, рассматриваемый анализом существования, — картина мира, называемая иногда «рисунком», или «проектом мира», а также «открытием в мир» [Binswanger, 1953]. Она охватывает не только субъективные представления о мире, но прежде всего весь феноменологический мир, который каждый индивид себе выбирает. Анализ существования исследует отдельные атрибуты феноменологического мира (так называемые первичные структуры Dasein), представляющие собой свойства субъективного опыта. К ним причисляются такие категории, как временность, пространственность, протяженность, порядок, причинность (охватывает три аспекта: детерминизм, случай и интенционность), слитность, скорость, телесность (в отличие от анатомической плоти), свет, колорит, напряженность, влажность и т. п. При анализе психопатологических феноменов до сих пор относительно много внимания уделяли категориям времени (например, при гебефрении и депрессии), пространства (например, при кататонии, психической абулии, простой и параноидной шизофрении) и порядка (например, при депрессии и шизофрении). Особенно подробно феноменологический анализ структуры пространства приведен, например, в работах Minkowski (1927, 1966), касающихся «пустого» и «полного» аутизма, «светлого» и «темного» пространства в шизофрении, а также при описании так называемой экзистенциальной «пустоты» Frankl (1975). В «дазайнаналитическую» интерпретацию истерии некоторые авторы включили и другие категории, например: косвенность и непосредственность, истинность, эфемерность, инструментализация и т. п. [Blankenburg, 1974].

По классификации, предложенной Kuhn (1963), кроме анализа существования, представленного трудами Binswanger (1953, 1963), Boss (1952, 1957), Condrau (1963), Kuhn, Storch и многих других, в антропологической психиатрии можно выделить два других важных течения: «структуральную антропологию» [важнейшие представители — von Gebattel (1954), Minkowsky (1927, 1933) и Straus (1956, 1960)] и «понимающую антропологию» [Zutt (1963), Van der Berg (1955), Kulenkampff, Tellenbach, Wyrsh, Lopez Jbor и др.]. Нам кажется, что к направлению антропологической психиатрии можно также причислить уже упоминавшихся американских авторов [Colm, 1966; May, 1973; May et al, 1958; Tillich, 1952], а также Frankl (1971, 1975). Frankl предложил понятие так называемого ноогенного невроза (экзистенциальный невроз, по терминологии von Gebattel) [Frankl et al., 1959], возникающего вследствие невозможности найти смысл жизни, поскольку Frankl считал основной потребностью человека стремление к обнаружению смысла жизни, а фрустрацию в связи с этой потребностью определил как «экзистенциальную пустоту». Обрести способность к отысканию своего, индивидуального смысла жизни больному призвана помочь своеобразная форма психотерапии, называемая логотерапией [Frankl, 1971]. Следует подчеркнуть, что к антропологическому направлению в психопатологии принадлежали также авторы, причисляемые к обширному течению так называемой гуманитарной психологии и психиатрии, характеризующемуся как использованием феноменологического метода исследования, так и признанием экзистенциалистической концепции человеческого индивида. Среди польских психиатров сторонником феноменологического метода был только Кемпиньский (1972e, 1974, 1977a), однако он отвергал экзистенциалистическую точку зрения на человека [Jakubik, 1975b].

Принятие антропологической психиатрией теоретических положений феноменологии Husserl и философии экзистенциализма привело к отказу от интерпретации психических расстройств в диагностических категориях; при этом значение клинической классификации симптомокомплексов стало не более чем второстепенным. По мнению представителей Daseins Analyse, любые психопатологические феномены могут быть поняты исключительно с точки зрения отдельного, определенного индивида (поэтому, между прочим, их работы содержат подробный анализ казуистических случаев), составляющего неповторимую, не сравнимую с другими экзистенцию. Ведь психические нарушения — это индивидуальный, своеобразный вид «бытия в мире», специфическая модальность структуры Dasein. Психотическая или невротическая экзистенция — это попытка избежать сознания экзистенциального страха и виновности путем уклонения от ответственности за свою жизнь и бегства от самореализации, т. е. от «подлинной» жизни. Психические расстройства представляют собой проявление потери самосознания, форму «небытия», поскольку при этом трансцендентность самого себя («становление») тормозится или нарушается. Человек выбирает психопатологические симптомы в качестве метода разрешения экзистенциальных проблем. Например, невроз, по мнению некоторых авторов, — это способ «избежать небытия, уклоняясь от бытия» [Colm, 1966, с. 138]. Это означает, что в неврозе потенциальные возможности индивида перестают воплощаться, потому что «быть» значит осознавать «небытие» с присущим ему экзистенциальным страхом. По May (1973), причина невроза — это прежде всего убеждение в отсутствии своего значения в мире, радикальное сомнение в смысле своего существования, ощущение одиночества и отчаяния. Невроз — результат отрицания основного отношения «бытия-с-другими», как бы отказ от «встречи с другим человеком» как с равноправным

партнером. В соответствии с принципами Dasein Analys психические расстройства представляют собой проявление нарушения равновесия между тремя основными модальностями Dasein [например, в неврозе возникает чрезмерное сосредоточение на окружающем мире (Umwelt) и слишком слабое — на собственном мире (Eigenwelt); в психозе бывает наоборот], а также между видами «бытия-в» мире общения (Mitwelt). Всегда развивается потеря способности к «дуалистической» экзистенции, т. е. к установлению значащих контактов с другими людьми, а нередко и абсолютное преобладание «одионого» существования (например, в шизофрении). В связи с этим «образ мира» пациента упрощен, «сдавлен» или «опустошен», что проявляется и в расстройствах первичных структур Dasein: времени, пространства, порядка, материальности и т. п.

Антропологическую точку зрения на истерию развивают многие авторы [Michel, 1959; Kranz, 1953; Petrilowitsch, 1956], однако в деталях интерпретации они расходятся [Zeldenrus, 1956]. При экзистенциальном анализе истерия рассматривается в комплексе, без дифференцирования на выделенные клинической психиатрией истерические симптомокомплексы и истерическую личность. Кроме того, большая часть исследователей, занимающихся проблематикой истерии (впрочем, как почти все представители антропологической психиатрии), пребывают под явным влиянием психоанализа, особенно концепций Фрейда и Юнга, что отражается на окончательных результатах анализа истерических расстройств.

Для Boss (1952) истерия равнозначна отказу больного от свободы и «открытости в мир», тем самым необходимости переноса всех сношений с миром в «бессловесную» сферу существования — в сферу телесности (телесность, составляющая первичный атрибут Dasein, является чем-то вроде структурального посредника между «я» и окружающим миром). Перенесение в сферу телесного отношений с миром (главным образом, межличностных связей), которые там никогда не находились, вызывает «раздувание» границ телесного и указывает на патологические нарушения этой сферы экзистенции пациента. Из-за этого образ «бытия-в-мире» становится однобоким, ограничивается только одним типом связи с миром, и то в форме бессловесного общения. «Язык симптомов» содержит значимую информацию только по отношению к чему-то или кому-то, а выбор конкретных симптомов зависит как от интенсивности этих отношений, так и от языковой символики, характерной для данной социальной среды. Например, истерическая писчая судорога выражает символически «сжатие» существовавшего до сих пор «открытого» мира пациента. Это «сжатие» мира воспринимается как судорога руки, со-составляющей часть этого мира. В этом случае «судорога» означает противоположность свободы, т. е. принуждение, ограничение, насилие [Condrau, Boss, 1968]. Что касается двигательных истерических расстройств, то Scheemann (1969) считает, что это — просто патологические формы «занятия экзистенциального пространства», вытекающие из отрицания больным возможности экзистенции других людей, которых он воспринимает лишь как объекты («бытия-для-меня»), а не как субъекты («бытия-для-себя»), и поэтому он манипулирует ими как предметами. Другое мнение высказывают Miller и Chotlos (1960), усматривающие источник истерии в утрате лица, разрешавшего до сих пор любые проблемы экзистенции больного. Благодаря этому лицу пациент мог жить спокойно без осознания своего существования и связанного с самосознанием страха смерти. Такая форма «неподлинной» жизни бывает результатом ложного убеждения, что, как

метафорически определяют это авторы, «до тех пор, пока он (а) со мной, я бессмертен (на)».

Антропологический подход к истерии широко обсуждает Zeldenrust (1956), однако наиболее интересную интерпретацию предлагает Blankenburg (1974), анализирующий истерическое поведение и истерические симптомы в антагонистических категориях «косвенной» и «непосредственной», а также «настоящей» и «мнимой» экзистенции. Для истерии характерно «косвенное» отношение больного к Dasein, т. е. к себе и к миру, проявляющееся притворством и игрой разнообразных ролей. Аналогичным такому отношению к действительности является отношение больного к своему «телесному», которое с феноменологической точки зрения можно разделить на «бытие-в-теле» и «обладание телом» (это напоминает концепцию Marcel о двух формах человеческой экзистенции: «быть» и «иметь»; Marcel, 1965). Больной как бы отрицает свое «бытие-в-теле», демонстрируя «обладание те-л о м», которое, кроме того, приобретает игровой и театральный оттенок. В этом случае наибольшее значение приобретают представления больного о своей экзистенции, которые, понимая их буквально, он ставит выше реальности Dasein [например, Hafner (1971) называет это «фасадом»], отсюда впечатление как бы «инсценированности» существования больного. Происходит «инструментализация» некоторых участков «телесного», тело становится бессознательным орудием самовыражения, коммуникации с миром. По теории Zutt (1963), часть структуры «телесного» всегда принадлежит окружающему миру и потому в любой момент может выполнять функцию коммуникации с ним, другая же часть, так называемое «тело — носитель», принадлежит «я» и создает соответствующие условия коммуникации. Границы между обеими частями подвижны, причем в истерической конверсии расширяется первая часть. Главная цель истерической симптоматики как своеобразной формы «бытия-в-мире» — «быть-для-других» вместо «быть-для-себя» [Sartre, 1943]. Условием «инструментализации телесного», по мнению Blankenburg (1947), является расщепление непосредственных связей с миром, ведущее к образованию функционально «пустого пространства», в котором формируется «инструментализация» соматических функций (конверсивные симптомы), психических функций (например, расстройства сознания, амнезия, имитация чувств) и межличностных отношений. «Инструментализации» не подвержен лишь собственный эгоцентризм пациента, проявляющийся со всей «непосредственностью». В связи с этим Blankenburg предлагает расширить значение понятия «конверсия», включив бессознательные механизмы манипулирования межличностными отношениями; он утверждает, что пациент «использует ближайшее окружение так же, как конверсивный невротик использует свое тело» [Blankenburg, 1974]. При истерии нет определенных, как у каждого человеческого индивида, масштабов «телесного», а постоянно происходит, хотя и поддающееся модификации, колебание между «быть-телом» и «иметь-тело». Такая нестабильная «телесность» экзистенции больного — одно из проявлений шаткости его связей с другими людьми вообще и непрочного «закрепления» в интерсубъективно организованном мире. Особая по образному выражению автора, «эфемерность» экзистенции больного вызывает у него преобладание иллюзорных представлений о своем существовании, скрывающих от него самого и от окружающих настоящую структуру Dasein. Для придания правдоподобия «мнимости» и «косвенности» своей экзистенции больной вынужден играть разные роли, меняющиеся в зависимости от ситуации и охватывающие как соматическую, так и межличностную сферу. Blankenburg

(1947) считает, что при истерии больные в значительно большей степени, чем другие люди, вынуждены играть различные роли, чтобы скрыть «дефекты» своей экзистенции, обусловленные конституцией и неправильной самореализацией в период детства. В этой «игре» поражают, однако, отчетливое «стороннее» отношение к играемым ролям и как бы «запланированный проигрыш», выражающийся ожиданием разоблачения другими людьми притворства и их отрицательной реакции. Автор выдвигает предположение, что при истерии патология состоит не в том, что отношение больного к действительности слишком «косвенно» (недостаточно непосредственно), а в том, что степень этой «косвенности» различна по отношению к своему телу, к окружению и собственному «я». В последнем случае отношение больного явно «непосредственное».

В психотерапии истерических нарушений Blankenburg подчеркивает значение для врача исключения отрицательной оценки больного, обычно вытекающей из принятой концепции «подлинности» Dasein, а тем самым нетерпимости к «косвенной» экзистенции больного. Автор полагает необходимым полностью одобрить поведение больного, который, по его мнению, как будто просит врача: «позволь мне блистать, пока я не возникну» [Blankenburg, 1974]. Только в атмосфере полного одобрения со стороны психотерапевта может начаться «становление» больного, его фактическое «существование» путем возврата к самореализации потенциальных возможностей и восстановления самосознания. «Раскрытие» патологически «сдавленного» мира пациента и принятие им свободы, страха и вины «подлинного» существования возможны только тогда, когда отношения больной — психотерапевт носят характер «встречи», т. е. «коммуникации одной экзистенции с другой» [Binswanger, 1953]. Цель Dasein-Analyse — освобождение потенциальных возможностей больного, заторможенных доселе психотической или невротической формой «бытия-в-мире», что позволит ему в дальнейшем реализовать свою, неповторимую экзистенцию. Следует отчетливо понимать, что в цели Daseins Analyse не входит приспособление пациента к общественному окружению, поскольку это было бы равнозначно «неподлинному» существованию, подчинению власти «Man» [May et al., 1958]. Чтобы лечебный процесс мог эффективно помочь больному обрести утраченную способность самореализации, требуется детальный казуистический анализ; бесценный источник данных для него составляют изучение образного и метафорического языка больных, а также интерпретация сновидений.

3.4. Антипсихиатрия

Истерия
Якубик А.

В начале 60-х годов возникло так называемое антипсихиатрическое движение, направленное против общепринятой медицинской модели психиатрии. Основные постулаты антипсихиатрии являются предметом бурных дискуссий и споров, вовлекающих главным образом эмоции и противоположные позиции полемистов, что чаще всего исключает объективный анализ. В противоположность многочисленным зарубежным публикациям, имеющим часто монографический характер [Boyers, Orriil, 1973; Kocpernik, 1974; Obiols, 1975], в польской психиатрической литературе еще нет оценки по существу антипсихиатрии. Учитывая общественное значение этого вопроса, замалчивание спорных, а часто крайне односторонних и слабо обоснованных предложений антипсихиатров представляет собой не лучший метод, тем более что многие их критические

замечания правильны и заслуживают более глубокого изучения. Причина отрицательного эмоционального реагирования на антипсихиатрию, хотя ее противников и последователей часто объединяют общие гуманные цели, лежит прежде всего в радикализме антипсихиатрического движения, пытающегося разрушить здание традиционной психиатрии, что кажется несовместимым с общепринятыми схемами мышления относительно генеза и существа психических расстройств. Экстремизм взглядов антипсихиатров состоит в том, что они атакуют фундамент существующей психиатрической эпистемологии (теория познания) и нозологии. Они подвергают сомнению медицинскую модель психического заболевания и критикуют неадекватные в связи с этим методы терапии (например, применение вместо социальных фармакологических методов), а также ошибочные профилактические мероприятия, не учитывающие социальные условия, и попытки изменить влияние этих условий; антипсихиатры подчеркивают принципиальное значение для возникновения психических расстройств социального контекста и патогенную роль административной системы лечения; они борются с психотерапией, понимая ее как процесс социального манипулирования и контроля (например, психотерапевтическое воздействие, направленное на приспособление индивида к обязательным социальным нормам); они протестуют против принудительной госпитализации больных.

Основоположниками антипсихиатрии считают Goffman (1961, 1963, 1967), Rosen и Sechehayе (Obiols, 1975). В настоящее время различают три варианта антипсихиатрии, хотя ни один из них не создал самостоятельной школы и не разработал полную теоретическую систему: 1) охватывающий совокупность концепций, предложенных Laing (1969, 1973a, 1973b), Cooper (1967) и Esterson [Laing, Esterson, 1964], т. е. авторами с феноменологически-экзистенциалистской ориентацией, основывающими свои главные антипсихиатрические идеи (особенно Laing) на теории патологии внутрисемейной коммуникации, разработанной так называемой калифорнийской школой из Пало-Альто [Batson et al., 1956]; 2) включающий в себя взгляды Basaglia (1969), главным образом на вопросы идеологии, политики и революционных общественных преобразований; 3) представленный взглядами Szasz (1970, 1972, 1973), теоретические основы которых возникли под влиянием фрейдизма и Binswanger. К антипсихиатрическому течению причисляют и некоторых других авторов, работы которых имеют скорее прагматическое, чем теоретическое значение [Foucault, 1961]. Чаще всего упоминают Gentis, Foucault, Mannoni, Treveleux во Франции, Basaglia Ongaro, Schittar, Slavich, Piella, Comb, Casaganda, Jervos, Gillia в Италии и Caparros, Ramon Garcia в Испании [Oblois, 1975]. Поскольку вопросами истерии с антипсихиатрической точки зрения занимался только Szasz (1972), изложению именно его концепции мы уделим больше места.

По мнению Szasz, медицинскую модель психических расстройств следует отвергнуть, так как в тех случаях, когда психопатологические симптомы не обусловлены повреждением центральной нервной системы или соматическими изменениями, психическая болезнь — это попросту «миф», метафорическое название, поскольку психиатрические диагнозы — только «клеящиеся этикетки», применяемые по отношению к лицам, поведение которых утомляет, раздражает или неприятно окружающим. Лиц, которые страдают и жалуются в связи со своим поведением, обычно называют «невротиками», а тех, поведение которых причиняет страдание другим и на которых жалуются окружающие, определяют как «психотиков». В связи с этим «психическое заболевание — это не то, что есть

у человека, а то, что он делает или кем он является» [Szasz, 1972, с. 275], а психиатрическое вмешательство — это своеобразный вид репрессий и действий по защите общества. Таким образом, если нет «психической болезни», то не может быть «диагноза», «госпитализации» и «лечения». Упомянутые понятия — лишь метафорические определения. Люди могут изменить свое поведение с помощью психиатра или без него. В первом случае психиатрическую помощь неправильно называют «лечением», а перемену в поведении, если она происходит в одобряемом обществом направлении, — «излечением» или «выздоровлением». Метафорическое содержание имеет также термин «психотерапия», которым называют процесс, заключающийся на самом деле в оказании влияния одного лица («терапевта») на другое («пациента»). Автор подчеркивает, что любое психиатрическое вмешательство против воли пациента («исследование», «госпитализация» или «лечение») не имеет никакого медицинского, морального или юридического обоснования, а введение в судопроизводство психиатрической экспертизы — действие, направленное против интересов личности, которой оно должно якобы служить. Эти крайние взгляды — результат того, что Szasz не учитывает достижения биологических наук.

Поступки каждого человека всегда основаны на определенных принципах и стратегии поведения, поэтому примеры межличностных и общественных отношений, по мнению Szasz (1972), можно анализировать и интерпретировать «как будто» это игры, в которых поведение «игроков» определено соответствующими правилами игры. И хотя очень трудно точно определить понятие «и г р ы», происходящей в межличностных отношениях, тем не менее известно, что все игровые ситуации характеризуются системой определенных ролей и правил, обязательных для «игроков». Правила игры можно узнать, наблюдая поведение данного лица в интерперсональных ситуациях. Такой теоретический подход ведет к заключению, что психиатрия должна заниматься классификацией и объяснением типов игр, которые люди ведут между собой, исследованием обучения этим играм, мотивов включения в игру, причин предпочтения, отдаваемого определенной игре и т. п. Напротив, в процессе добровольной психотерапии задача врача — попытаться определить и разъяснить правила игры, которых придерживается больной, помочь ему определить цели и ценности, для достижения которых он ведет или должен вести ту, а не иную игру.

Наилучший пример «мифа» психической болезни — истерия, прежде всего по трем основным причинам: 1) исследования истерии, особенно Шарко и Фрейдом, оказались настолько важными, что привели к разделению неврологии и психиатрии; 2) истерические расстройства требуют дифференцирования соматических заболеваний и их имитации; 3) истерия — это форма несловесной коммуникации, это социальная роль (роль больного) и игра, цель которой — контроль и господство над другими людьми [Szasz, 1972]. Автор проводит детальный анализ проблематики истерии на основе семиологии (науки о внеязыковых системах знаков) и семантики (науки о значении знаков), а свои рассуждения подкрепляет положениями символической логики Reichenbach (1947).

Теория Szasz исходит из тезиса о том, что истерия — это своеобразная трансформация процесса коммуникации, перемещающегося со словесного уровня на несловесный. При этом изменяется как содержание (личные проблемы и конфликты преобразуются в соматические проблемы), так и форма коммуникации (из словесной в несловесную — так называемый язык тела).

Поэтому истерические расстройства должны в числе прочих быть предметом семиологического анализа, исследующего системы коммуникации при помощи внеязыковых знаков. Функция знака — передача информации посредством сообщений. Reichenbach (1947) различает три класса знаков: 1) знаки-признаки, основанные на причинной связи между знаком и объектом, к которому он относится (например, дым — знак огня)¹; 2) знаки-копии, основанные на сходстве между предметом и знаком (например, фотография человека, географическая карта); 3) знаки-символы, являющиеся результатом договоренности между теми, кто пользуется этими знаками (например, математические символы). По Szasz (1972), истерия — это форма общения при помощи знаков-копий, точнее «знаков-копий соматического заболевания» (например, истерический припадок — это знак-копия органически обусловленного эпилептического припадка). Такой специфический «язык симптомов» является одним из типов первобытного языка, названного автором «протоязык», который составляет простейший способ межчеловеческого общения. Этот язык появляется прежде всего у лиц, имеющих затруднения с общением на более высоком уровне (например, словесном), что обычно бывает результатом незрелости их личности, а также обусловлено исторически и социально. Функцией коммуникации на уровне «протоязыка» является передача информации, обычно определенному лицу. Поэтому истерия не может быть медицинской проблемой, а лишь вопросом из области семантики, поскольку только семантический анализ позволит определить, какие объекты зашифрованы знаками-копиями «языка тела». В соответствии с классификацией Reichenbach (1947) выделены три основные функции «протоязыка»: информационная, аффективная и побуждающая. Информационная функция типичного знака-копии в истерии (например, истерического паралича) сводится главным образом к передаче сообщения о том, что передающий «не способен к какому-либо действию» [Szasz, 1972, с. 122]. В то же время в психиатрической практике это сообщение ошибочно расценивается, как симптом болезни или симуляции. Аффективная функция «протоязыка» состоит в вызывании у воспринимающего определенных эмоций (например, сочувствия, желания помочь, чувства вины), причем важность аффективного компонента сообщения может быть подчеркнута чрезмерной экспрессией (так называемая истерическая пантомима) и созданием соответствующего настроения. Цель побуждающей функции «протоязыка» — заставить воспринимающего предпринять определенные действия (например, изменить свое поведение, обратить внимание на свое поведение, обратить внимание на передающего, предложить помощь).

Истерия — это вид неописательного языка, оперирующего конкретными и индивидуальными формами образной символики и предназначенного определенному индивиду (чаще всего партнеру в браке, члену семьи или другому значащему лицу). Основная задача неописательного языка — не передача информации, а выражение эмоций и сжатое, символическое описание личных проблем, имеющее, впрочем, большую информативную ценность, чем непосредственная устная речь (например, истерический паралич более «выразителен», чем заявление «Я болен»). Перевод символов неописательного языка в обычные словесные знаки требует знания биографии передающего, а также особенностей и условий развития его личности. Поэтому истинность или ложность, а также информационное «содержание» знаков-копий зависит от свойств воспринимающего и знания им проблем передающего. Часто ошибка в понимании неописательного сообщения обусловлена тем, что оно предназначено не тому, кто его сейчас принимает и интерпретирует, а другому, нередко

«скрытому» реципиенту. Поэтому психотерапевт, даже хорошо знающий биографию и личность своего пациента, может неправильно толковать содержание его знаков-копий. Дополнительно затрудняют правильную расшифровку знаков-копий многозначность неописательного языка и тенденция к интерпретации медицинской терминологии.

Всюду, где язык используется для передачи информации, преобладает тип непосредственной коммуникации, в котором важнейшим являются максимальная точность и однозначность сообщения. Неописательный язык — это тип косвенной коммуникации, он служит прежде всего расширению и видоизменению связи между общающимися лицами. Косвенное общение (например, в форме намека, или замечания «мимоходом») имеет также и защитную функцию, предохраняя передающего от негативной реакции воспринимающего или окружающих, которая могла бы возникнуть в случае непосредственной коммуникации. По мнению Szasz (1972), очень важными целями «протоязыка» истерии являются организация и поддержание общения (Jakobson называет это фатической функцией языка; Guiraud, 1974). В этом случае неописательный язык более эффективен, чем описательный, потому что несловесные сообщения имеют гораздо большее влияние на лицо, воспринимающее их, чем словесные. Словесные сообщения могут игнорироваться или не воздействовать на собеседника, а несловесные («знаки-копии соматического заболевания») ставят воспринимающего их перед необходимостью «ответа» и вступления в контакт с передающим лицом (например, если жена не может при помощи словесного общения, вызвать к себе чувства, внимание и заботу мужа, она достигает этого путем общения на уровне «языка симптомов»). При этом любой ответ на «протоязыковые» сообщения указывает на реакцию и интерес воспринимающих лиц. Именно в этом, по мнению Szasz, состоит «ценность истерии» (впрочем, как и других «психических болезней») в качестве метода установления контактов.

Представленные теоретические положения привели Szasz к общему выводу о том, что так называемая психическая болезнь — это просто своеобразная форма коммуникации при помощи «протоязыка» Чрезвычайно существенно определить, почему некоторые люди пользуются столь особым языком, и воздействовать на общество с тем, чтобы оно, наконец, захотело их понять, тем более что «протоязык» сформировался в результате конфликта между индивидом и социальным окружением. Именно общество вызывает «психическую болезнь», которая по существу сводится к изменению языка общения, и поэтому понять и интерпретировать ее можно лишь в связи с обществом. Таким образом, главная задача антипсихиатрии — это стремление новой интеграции «больного» и общества путем восстановления взаимного общения на уровне слова за счет «растормаживания» словесного языка и ликвидации «протоязыка». Это входит в компетенцию психиатров, психотерапевтов и психологов. При этом нет места понятию «психическая болезнь», которое влечет за собой целый арсенал репрессивных мер, лишь дополнительно усиливающих угнетение обычного, повседневного межчеловеческого общения и углубляющих пропасть между индивидом и общественной средой.

В обширном и оригинальном наследии Э. Кречмера (1944, 1958, 1974) актуальность сохранила лишь теория конституциональных типов (см. раздел 4.1), а механистические концепции эволюции и строения мозга постепенно забываются. В психиатрии не получили также признания взгляды Кречмера относительно истерических расстройств [Jakubik, 1976b], основанные на теории гипонейротических и гипобулических механизмов (филогенетически более низкие уровни функционирования психики). Поскольку одна из основных целей этой книги — возможно более полное обсуждение теоретических вопросов, касающихся истерии, то концепции Кречмера в этой области нельзя обойти молчанием.

В своей фундаментальной монографии, посвященной истерии, Кречмер (1974) начинает изложение с истерических реакций в виде двигательной бури и рефлекса замирания. Двигательную бурю он считает типичной, обусловленной биологическими механизмами реакцией животных на угрожающие ситуации. Человек также в каждой новой ситуации, потенциально чреватой опасностью, приводит в действие доминирующий образец поведения. Двигательная буря, расцениваемая как особый вид реакции, возникает у человека только в некоторых определенных условиях, в частности, когда под влиянием сильных внешних раздражителей развивается состояние паники, парализующее более новые, приобретенные виды реакций и высвобождающее филогенетически более старые схемы поведения. Таким образом, двигательная буря носит атавистический характер и развивается через предшествующие стадии паники и инфантильного поведения. Все три указанные формы поведения могут возникать периодически или стать постоянным стереотипом реагирования. Двигательная буря, паника и инфантильное поведение имеют много общих черт: 1) они представляют собой инстинктивную реакцию на фрустрационные внешние раздражители; 2) характеризуются избытком бесцельных движений; 3) являются проявлением аффективных компонентов, преобладающих над рациональными; 4) мотивируются не рефлексией, а тенденцией к бегству от фрустрирующей ситуации; 5) в конечном итоге бегство приводит к «успеху» (избавление от угрожающей ситуации); 6) они являются относительно целесообразными биологическими типами поведения.

По мнению Кречмера (1974), истерическая реакция относится к нормальной так же, как инстинкт к интеллекту. Термин «инстинктивный» автор рассматривает как противоположный понятию «рациональный», охватывающему «высшую психическую функцию нормального интеллекта» и целенаправленное, зависимое от волевых актов поведение. Он считает, что противопоставление инстинктивное — рациональное лучше объясняет отношение между истерическими и нормальными схемами реагирования, чем использование терминов «сознательное» и «бессознательное». Кречмер, как и Buhler, полагает, что инстинкт — это наследственно обусловленный комплекс эффективных образцов поведения. Инстинктивная реакция направлена на непосредственные цели в противоположность реакции, основанной на рациональных и волевых компонентах. Она носит стереотипный, ригидный характер и обнаруживает отсутствие способности адаптироваться к особенностям разнообразных ситуаций. Подобно двигательной буре, рефлекс замирания также причисляется к инстинктивным видам поведения. Он аналогичен картине гипнотической каталепсии. Рефлекс замирания — это результат страха, появляющегося в угрожающей ситуации и приводящего к резкому двигательному торможению вплоть до состояния полной каталепсии. Истерические реакции в виде

двигательной бури или замирания фиксируются и позже обнаруживают тенденцию к постоянному повторению. Важную роль в формировании истерической реакции играет привычка, под влиянием которой фиксируется «истерический стереотип», т. е. так называемый вторичный автоматизм, независимый от волевых актов.

Кречмер обращает внимание на значение волевого акта в формировании рефлексов, являющихся составными частями как нормальной, так и истерической реакции. Ведь характер двигательных функций зависит от выработанных рефлекторных схем. Рефлексы, составляющие реакцию на слабые раздражители, могут быть усилены и фиксированы за счет до-дополнительных волевых стимулов, которые также способны активизировать рефлексы, уже находящиеся на определенном этапе фиксации (автоматизации). На основе возникших таким образом рефлекторных схем развиваются двигательные функции, не имеющие признаков произвольного рефлекса, хотя ранее волевые акты участвовали в их формировании. Слабые волевые стимулы эффективнее всего в процессе создания рефлексов, а сильные внезапные раздражители вызывают распад или полную ликвидацию рефлекторной схемы. Истерические реакции проявляются у лиц, эмоциональные стереотипы которых легко и быстро трансформируются в двигательный и психический автоматизм.

В соответствии с концепцией Кречмера человек обладает двумя образующими однородное целое типами воли: целенаправленная воля (сознательные и целесообразные волевые акты, мотивированные психологически) и гипобулическая воля (бессознательные волевые акты как реакция на раздражители), которая филогенетически и онтогенетически является низшей стадией развития целенаправленной воли. Таким образом, «волевой аппарат», подобно другим «психическим аппаратам», располагает гипобулическими механизмами функционирования. Характерными особенностями гипобулической воли Кречмер считает повышенную восприимчивость к «примитивным» психическим раздражителям (например, боль, приказы), полярный антагонизм (негативизм или автоматическое послушание в результате внушаемости), диспропорцию между силой раздражителя и силой реакции, тенденцию к ритмичному повторению реакции, к реагированию в форме двигательной бури или рефлекса замирания. У здоровых людей гипобулический тип воли тесно связан с целенаправленной деятельностью, за счет этого обеспечивается полная интеграция всего волевого аппарата. При истерии происходит диссоциация гипобулической и целенаправленной воли, в результате чего управление поведением переходит к гипобулической воле, которая начинает самостоятельно функционировать как независимый компонент сферы экспрессии. Такая диссоциация является следствием воздействия эндогенных факторов или травмирующих переживаний. Например, в истерическом припадке наблюдается следующая последовательность: возбуждение истерических механизмов включает гипобулические функции, а они в свою очередь активируют рефлекторную двигательную систему. Таким образом, с точки зрения динамики этого явления сущностью истерии можно считать тесное объединение рефлекторных (так называемые низшие сенсорномоторные автоматизмы) и гипобулических (так называемые психические автоматизмы) механизмов при одновременном отключении последних от целенаправленных функций воли. Кречмер подчеркивает, что при истерии мы имеем дело не со «слабостью воли», а со «слабостью цели» (отсутствие целесообразности движений): при определенных ситуациях появляется как бы «паралич высшего уровня

психических функций», в результате которого мобилизуется «низкий уровень», что проявляется самопроизвольными бесцельными гипобулическими движениями.

При истерии чрезвычайно важны два основных инстинкта: инстинкт самосохранения и половой инстинкт. С первым связаны реакции страха в угрожающих ситуациях, со вторым — эмоции и конфликты сексуальной природы. В подобных трудных ситуациях первичная тенденция — это бегство или оборона. По мнению автора, эта так называемая первичная тенденция является также причиной активации защитного механизма вытеснения и театральной манеры поведения, сопутствующей переживанию сильного страха; в свою очередь так называемая вторичная тенденция направлена к разрядке этих эмоциональных переживаний, к «сохранению покоя» и является причиной перехода сильного страха в симптомы хронической истерии (конверсивные симптомы). Только в случае появления вторичной тенденции можно говорить об истерии в клиническом значении этого слова.

Анализируя влияние индивидуального опыта на возникновение истерических симптомов. Кречмер пришел к выводу, что внутриспсихические процессы подвергаются защитной адаптации к фрустрационным внешним раздражителям. Вместо непосредственной конфронтации и попыток решения проблемы происходит бегство от трудной ситуации в виде, например, механизма диссоциации сознания (в форме раздвоения личности, судорожных припадков, истерических сумеречных состояний и т. п.). Нормальный в обычных условиях, по мнению автора, психологический механизм вытеснения становится в истерии орудием трансформации индивидуального опыта. Кроме того, в трудных ситуациях возникает так называемая гипонейческая структура — онтогенетически более ранний тип функционирования психики. Процессы гипонейческого мышления (например, мифология) лишены логических, временно-пространственных и причинно-следственных категорий, они почти целиком основаны на аффективном компоненте, что придает им кататимный характер. Поэтому, например, переживания в истерических сумеречных состояниях часто отражают желанное осуществление фантазий и мечтаний индивида. В основе псуэрилизма (регресс к периоду детства) или «пензионных» неврозов также лежат гипонейческие механизмы.

Для лечения истерических расстройств, особенно с картиной чувствительно-двигательных нарушений, Кречмер предлагает так называемую протрептику, представляющую собой особый метод лечения, основанный на индивидуальной психотерапии (в основном внушении), гипнозе и физических процедурах (например, воздействие фарадического тока).

3.6. Теории научения

Истерия
Якубик А.

До сегодняшнего дня нет единой теории научения (различие точек зрения проявляется даже по отношению к определению основного понятия «научение»), хотя многие общие законы научения широко признаны и эмпирически подтверждены различными исследователями. В рамках теории научения обычно выделяют три основных направления: павловское учение, классический

бихевиоризм и необихевиоризм Встречается также разделение в зависимости от интерпретации процесса научения: классическое обусловливание, инструментальное обусловливание и познавательные концепции [Budohoska, Wlodarski, 1970]. На польском языке опубликовано много работ в этой области [Budohoska, Wlodarski, 1970; Dollard, Miller, 1967; Hilgard, Marquis, 1968; Kurcz, 1975; Linhart, 1972; Meyer, Chessner, 1973; Tomaszewski, 1963], поэтому мы ограничимся обсуждением наиболее важных вопросов, существенных для лучшего понимания взглядов представителей теории научения на истерические явления Основываясь на экспериментальных исследованиях животных, бихевиоризм в противовес генетическим и конституциональным теориям признал основным фактором, определяющим поведение и развитие человека, внешнюю обстановку. Расценивая окружающее как конфигурацию раздражителей, бихевиористы пришли к выводу, что поведение — функция комплекса внешних раздражителей, или $R-f(S_1, S_2 \dots S_n)$. Согласно этой точке зрения, индивид контролируется исключительно внешними обстоятельствами, т. е. среда—это активная система, а человек — реактивная. По мнению приверженцев бихевиоральной науки, надо исследовать непосредственную зависимость между поведением и внешней ситуацией в соответствии со схемой $S — R$ (раздражитель — реакция). Сложное поведение состоит из суммы элементарных сочетаний типа $S — R$, а повторение идентичных реакций на определенный раздражитель вызывает развитие между ними постоянной связи, называемой навыком. Психическое развитие заключается в создании организованной системы навыков посредством научения. По мнению бихевиористов, столь однозначная зависимость между раздражителями и реакциями позволяет предвидеть и контролировать человеческое поведение, а также пользоваться в научных исследованиях объективными методами. Внутренние состояния человека, например сознание, мыслительные процессы, черты личности, установки и т. п., не влияют на его реакции и тем самым не регулируют его поведение. Отрицание направляющего влияния внутреннего состояния индивида на его поведение — это центральный тезис классического бихевиоризма, представителями которого являются Watson (1925), Thorndike (1932), Guthrie (1952), Skinner (1953, 1969, 1971). По Watson (1925), нервная система выполняет лишь функцию проведения импульсов от органов чувств к мышцам, осуществляющим реакцию.

Метод классического обусловливания (терминология и экспериментальная техника формирования условных рефлексов путем подкрепления их сочетанием с безусловными рефlekсами) бихевиоризм перенял у И. П. Павлова (1952), и лишь позднее развилось так называемое инструментальное обусловливание, основанное на подкреплении самопроизвольных реакций. Понятия положительного (награда) и отрицательного (наказание) подкреплений играют фундаментальную роль во всех бихевиористских теориях в качестве основного фактора, регулирующего поведение. «Поведение стимулируется и фиксируется своими последствиями» [Skinner, 1971, с. 18], которые могут быть желаемыми и благоприятными (в этом случае подкрепление происходит путем поощрения, например в форме одобрения и признания со стороны социальной группы) или нежелательными (поведение наказывается — так называемое отрицательное подкрепление, например в форме неодобрения или изгнания из группы). В результате человек ведет себя так, а не иначе потому, что ожидает подкрепления, т. е. рассчитывает, что его поведение позволит получить поощрение и избежать наказания. Благодаря этому социальное окружение, подбирая подходящие подкрепления, может в значительной степени управлять инструментальным поведением индивида, побуждая, фиксируя или соответствующим образом

изменяя его. Skinner (1953) четко разделяет классическое, или реактивное, обусловливание от инструментального, или эффективного (поскольку «эффектом» поведения являются определенные изменения в окружении), обусловливания, основанного на так называемом законе эффекта Thorndike (1932). При инструментальном обусловливании реакция (поведение) вначале спонтанна, а затем контролируется положительным (положительное управление) или отрицательным (отрицательное, называемое также аверсивным, управление) подкреплением. Положительное подкрепление легче изменяет поведение, чем отрицательное, а среди последнего более эффективно лишение поощрений, чем применение наказаний. Отрицательное подкрепление (наказание в широком смысле слова), как правило, не избавляет, например, от антиобщественного поведения, а только подавляет и тормозит его на определенное время [Bandura, 1969]. Кроме того, наказание вызывает много отрицательных последствий, в том числе генерализацию торможения, т. е. подавление также и общественно-полезного поведения (особенно если оно одновременно положительно не подкрепляется), эмоциональные расстройства (например, страх, агрессию, реакцию избегания), стремление избавиться от источника наказания, демонстрирует отрицательные примеры поведения и т. п. [Kozielecki, 1976].

Tomaszewski (1963) выделяет две линии развития бихевиоризма: 1) замена абсолютных причинных законов поведения статистическими зависимостями, т. е. вероятностными закономерностями [Neimark, Estes, 1967]; 2) введение недоступных непосредственному исследованию гипотетических факторов, также определяющих поведение. Результатом второго направления теоретической эволюции является необихевиоризм, к основным представителям которого принадлежат Tolman (1932), Hull (1943, 1952), Spence (1956), Miller (1959) и Mower (1960). Необихевиоризм рассматривает поведение индивида согласно схеме $S \rightarrow O \rightarrow R$ (раздражитель — внутренние факторы — реакция), а не $S \rightarrow R$, как классический бихевиоризм. Tolman, (1932), находясь под явным влиянием психологии личности, был первым исследователем, заменившим существовавший молекулярный (расценивающий поведение как цепь реакций) бихевиоризм молярным (рассматривающим поведение как целостный, изменчивый под влиянием внутренних факторов и целенаправленный процесс). Таким образом, кроме независимых (раздражители) и зависимых (реакции) переменных, следует принять наличие гипотетических промежуточных переменных (внутренние факторы организма), что можно выразить уравнением: $R = f(S, O)$. Tolman считал научение познавательным процессом, заключающимся в приобретении знаний о связях между элементами данной ситуации. Знания состоят из отдельных частиц — познавательных структур, которые он называл также «знаковыми структурами». По мнению Tolman, подкрепление не всегда является необходимым условием научения. Самым важным видом научения он считал создание предположений, т. е. познавательных структур, которые дают возможность предвидеть последствия событий и выбрать среди них те, которые наиболее эффективно ведут к цели

Существование гипотетических внутренних факторов предположил также Hull (1934, 1952), построивший свою дедуктивную теоретическую систему по образцу геометрии, в которой все частные теоремы можно вывести из нескольких основных аксиом, представляющих собой обобщение существующих эмпирических знаний. У Hull промежуточной переменной был потенциал реакции (sEr), или внутренняя тенденция к выполнению реакции, обусловленный следующими факторами: силой навыка (sH_n), силой влечения (D), силой

раздражителей (V) и величиной подкрепления (K), что можно представить в виде уравнения: $sEr=D-V-K-sHr$. Hull был сторонником своеобразной концепции подкрепления, основанной на принципе уменьшения напряжения. Подобные взгляды высказывал Miller (1959), который считал, что необходимое условие научения — снижение влечения (уменьшение интенсивности раздражителей), действующее как положительное подкрепление. Существенные изменения в систему Hull внес Spence (1956), выразивший функциональную зависимость между всеми переменными, определяющими степень вероятности проявления определенных видов поведения, в виде четырех основных функций: 1) $R = f(R_i \dots R_n)$ — реакция — функция других реакций; 2) $R = f(S \dots S_n)$ — реакция — функция раздражителей; 3) $R = f(O! \dots O_n)$ — реакция — функция переменных, свойственных организму; 4) $O = f(S_i \dots S_n)$ — внутреннее состояние организма — функция раздражителей.

При помощи условных рефлексов различного типа в экспериментальных исследованиях удалось создать экспериментальные неврозы (а также расстройства, похожие на психозы) у животных — собак [Павлов И. П., 1951, 1952], кошек [Masserman, 1943], овец [Anderson, Liddel, 1935] и крыс [Bijon, 1942]. Кроме того, в обычных условиях жизни у животных нередко наблюдали истерические расстройства, например: коллективную истерию среди своры охотничьих собак во время охоты, истерические судорожные припадки у отдельных кошек и собак, «мнимую» беременность у различных представителей животного мира [Fonberg, 1971]. Результаты экспериментов и внелабораторные наблюдения привели бихевиористов к выводу, что неврозы и психозы у людей — это просто выученные, неправильные и неприспособленные формы поведения [Ludin, 1974]. Невротическое или психотическое поведение — это реакции индивида на отрицательные раздражители (например, травмирующие или конфликтные ситуации), обычно возбуждающие страх, а затем подкрепляемые положительными последствиями в виде избавления от этого раздражителя и уменьшения страха, т. е. психические нарушения представляют собой выученные реакции избегания отрицательных раздражителей, а точнее говоря, возбуждаемого этими раздражителями страха [Ludin, 1974]. Основное значение придает страху также и Wolpe (1958), который определяет невротическое поведение как «зафиксированный навык неприспособленного поведения, приобретенный путем научения». Как только ситуация изменяется, т. е. исчезают отрицательные раздражители, невротическое или психотическое поведение (реакции) постепенно угасает. Типичным подтверждением этой точки зрения могут быть результаты исследований, проведенных Grinker и Spiegel (1945) на солдатах в период второй мировой войны. Оказалось, что истерические нарушения зрения у летчиков и истерические параличи нижних конечностей у парашютистов регрессировали, как только госпитализированные солдаты убеждались, что на фронт они вернутся нескоро. Как уже упоминалось, большая часть приверженцев теории научения [Dollard, Miller, 1967; Eysenck, 1957, 1964, Hull, 1952; Wolpe, 1958] (впрочем, в соответствии со взглядами Фрейда) утверждает, что в возникновении невротических расстройств главную роль играет страх. Страх — это эмоциональная реакция, образованная условным рефлексом, при котором прежде безразличный внешний или внутренний раздражитель, действуя в паре с отрицательным раздражителем, может приобрести способность возбуждать страх в процессе генерализации и так называемого обусловливания высшего порядка [Meyer, Chesser, 1973]. В свою очередь страх активизирует и подкрепляет инструментальную реакцию избегания, приводящую к уменьшению страха. Истерические симптомы могут возникать

одновременно с сильным страхом или даже паникой, но им может сопутствовать и характерное равнодушие («изящное безразличие», по терминологии Janet). Сосуществование истерических симптомов и страха свидетельствует лишь о слабости реакции избегания, а появление «изящного безразличия» — признак полного снятия страха, т. е. эффективной реакции избегания. В пользу этой концепции свидетельствуют клинические наблюдения, обнаруживающие очень часто появление страха в период регрессирования истерических симптомов [Dollard, Miller, 1967]. Повреждения центральной нервной системы способствуют появлению истерических расстройств. Meyer, Chesser (1973) обратили внимание на то, что истерические расстройства могут быть еще инструментально не усвоенной, но уже обусловленной реакцией на травмирующие ситуации, причем в генезе этого явления следует учитывать особенности личности, степень зрелости и уровень сознания. Авторы рассматривают также другую возможность, в частности, то, что истерические расстройства не заключаются только в уменьшении страха по закону эффекта (закон эффекта гласит, что любое поведение, которому сопутствует положительный результат, имеет тенденцию к повторению), но возникают исключительно в результате инструментального обусловливания, положительным подкреплением которого является выгода болезни. Обеим интерпретациям не хватает лишь эмпирического подтверждения. Утверждение, будто невротические и психотические симптомы — это выученные формы поведения, по критической оценке Meyer, Chesser (1973), также остается только гипотезой.

Наиболее последовательную и оригинальную концепцию невроза в теории научения разработал Eysenck (1961, 1964), считающий невротические расстройства формой выученного, но неприспособленного поведения: индивид получает то, что для него невыгодно, а не то, что выгодно. В основе возникновения невроза лежат вегетативная лабильность и способность нервной системы к образованию условных рефлексов. Индивидуальные различия этих двух сфер Eysenck сводит к двум основным «параметрам»: 1) «невротизм» — эмоциональная реактивность или врожденная предрасположенность, определяющая степень лабильности вегетативной системы (иногда рассматривается в категориях «стабильный — нестабильный»); 2) «экстраверсия — интроверсия», отражающие способность к образованию условных рефлексов. «Экстраверсия — интроверсия» зависит от равновесия между процессами коркового возбуждения и торможения, понимаемого в значении реактивного торможения Hull (а не в значении внутреннего торможения И. П. Павлова, как подчеркивает Eysenck) и заключающегося в уменьшении способности к реагированию после предшествующего действия. При экстраверсии наблюдается преобладание торможения над возбуждением, при интроверсии — наоборот; отвечает за это сетчатое образование. Вследствие этого процесс образования условных рефлексов протекает значительно труднее в условиях экстраверсии, чем интроверсии. По мнению автора, невротические симптомы развиваются чаще у людей с высокой «невротичностью», а лица с высокими показателями невротизации и экстраверсии обнаруживают склонность к истерическим расстройствам и психопатии, в свою очередь высокая степень невротизма и интроверсии предрасполагает к дистимическому неврозу (страхи, фобии, навязчивые действия). Однако многие эмпирические исследования не подтверждают концепций Eysenck, особенно касающихся связи невротизма и экстраверсии с истерией [Becker, Matteson, 1961; Davidson et al., 1966; Kelly, Martin, 1969]. Также не обнаружено ожидаемой корреляции между экстраверсией

и затруднением образования условных рефлексов [Meyer, Chesser, 1973].

Среди теорий изучения достойное место занимают павловская теория [Павлов И. П., 1951, 1952], а также его нейрофизиологическая интерпретация психических расстройств [Grackowiak, 1957]. Концепции И. П. Павлова исходят из экспериментальных исследований, проведенных на собаках и основанных на методе классических условных рефлексов. Опираясь на результаты собственных исследований в области физиологии высшей нервной деятельности, И. П. Павлов считал, что разнообразие процесса выработки условных рефлексов, обнаруженное у животных и человека, зависит от трех основных свойств нервных процессов: силы, уравновешенности и подвижности. Они касаются процессов возбуждения и торможения, протекающих на уровне коры и подкорковых центров. Сочетание этих свойств нервных процессов позволило автору выделить четыре основных темперамента или, пользуясь павловской терминологией, типа нервной системы: 1) сильный уравновешенный подвижный тип; 2) сильный уравновешенный малоподвижный; 3) сильный неуравновешенный, с преобладанием возбуждения; 4) слабый тип. В классификации темпераментов Гиппократ — Галена им соответствуют сангвиник, флегматик, холерик и меланхолик. Тип нервной системы является врожденным и мало подвержен изменениям под влиянием внешней среды. Кора и подкорка так же, как и первая и вторая сигнальные системы, обычно находятся в состоянии равновесия. Если: 1) подкорка преобладает над корой и первая сигнальная система над второй — возникает художественный тип (значительная сенсорная чувствительность, эмоциональное и импульсивное поведение, живая пантомимика, конкретно-образное мышление); 2) кора преобладает над подкоркой и вторая сигнальная система над первой — тип мыслительный (рассудочное поведение, сдержанная пантомимика, умеренность, абстрактное мышление); 3) динамическое равновесие в отдельных парах систем — промежуточный тип.

Основа павловской патофизиологии — взаимосвязь воздействующих раздражителей и соотношение возбуждение — торможение. Расценивая невротические расстройства как патологические состояния высшей нервной деятельности, И. П. Павлов выделил три условия возникновения неврозов: 1) чрезмерное усиление процесса возбуждения, вызванное действием слишком интенсивных или слишком длительных раздражителей (травмирующие ситуации); 2) чрезмерное усиление процесса торможения (возникает при необходимости слишком трудного выбора); 3) сшибка процессов возбуждения и торможения (возникает при слишком сильном или слишком долгом подавлении некоторых тенденций). Перечисленные виды расстройств нервных процессов развиваются в зависимости от сопротивляемости нервной ткани, которая может ослабляться различными факторами (например, перенесенные заболевания, утомление). Клиническая картина невротического синдрома определяется типом нервной системы данного индивида. Особенно подвержены неврозам крайние типы, в частности слабый и сильный неуравновешенный. Форма невротического расстройства зависит от соотношений кора — подкорка и первая—вторая сигнальные системы. Поэтому клиническая картина истерии развивается у лиц, относящихся к слабому и дополнительно — к художественному типам (у мыслительного типа возникает психастения, у промежуточного — неврастения). Выделенные формы неврозов в теории И. П. Павлова (1952) имеют и более детальное патофизиологическое объяснение [Grackowiak, 1957], например, по отношению к истерическим расстройствам подчеркивается значение таких компонентов, как положительная индукция, доминанта, запредельное

торможение, фазовые состояния и т. п. В том, что касается истерии, основные теоретические положения павловской теории нашли частичное подтверждение в клинических исследованиях [Первов, 1960, Прохорова, 1956], однако действительная ценность этого подтверждения, пожалуй, невелика из-за методологического несовершенства этих работ.

Методы лечения, предлагаемые представителями теории научения, являются логическим следствием их фундаментального утверждения, что психические нарушения — это выученные образцы поведения. В связи с этим невротическое или психотическое поведение должно подвергаться переучиванию или отучиванию. Эта терапия непосредственно направлена на изменение проявлений неправильного поведения (симптома) при помощи определенных методов, основанных на законах научения. Ликвидация симптома или усвоение приспособительного поведения считается излечением. Подробное описание способов терапии и психотерапии, а также бихевиористских методик можно найти в работах, опубликованных на польском языке [Fraczek, Szostak, 1967; Dollard, Miller, 1967; Kratochvil, 1974; Meyer, Chesser, 1973].

3.7. Общая теория систем

Истерия
Якубик А.

Одна из радикальных перемен в мировоззрении, вызванная современной наукой, — это отношение к действительности как к дискретному явлению, т. е. конфигурации взаимосвязанных элементов. Рассматривать действительность как континуум, характеризующийся фундаментальным принципом «постоянному изменению независимой переменной соответствует постоянное изменение зависимой переменной» [Mazur, 1976; с. 44], оказалось невозможно при решении биологических, психологических и социальных проблем, отличающихся высокой степенью неточности. Поэтому в настоящее время теоретические методы, основанные на принципе постоянства изучаемого явления, применяются только в исследовании однородных процессов (например, в математике и технике). Этой новой точкой зрения, создающей междисциплинарный характер науки, мы обязаны математической логике [Grzegorzczuk, 1961] и теории множеств [Sierpinski, 1964]. С развитием этих отраслей математики появились принципиальные для современной науки понятия «множества» (элементов) и «отношения» (между элементами). Позже кибернетика, наука об управлении, ввела важнейшее понятие «система» как множество элементов и отношений между ними (т. е. связанных между собой так, что они составляют единое целое, способное функционировать). Поэтому иногда кибернетику определяют как науку о поведении (функционировании) систем. Системами считаются живые организмы, их органы и функциональные аппараты, сложные технические устройства, экономические, общественные организации (например, социальные группы) и т. д. Системы могут состоять из подсистем, функционирующих как самостоятельные системы в рамках более широкой системы, например, человек как система с внутренней организацией входит в состав более широкой системы (например, общества) и функционирует в ней в соответствии с ее организацией. При анализе систем прежде всего учитываются отношения между их элементами, причем множество отношений называется «структурой» системы. Выделение одной системы равнозначно разделению всей действительности на две системы: рассматриваемую и окружающую (т. е. все остальное). В каждой системе входящее воздействие (окружения на систему) преобразуется в исходящее

воздействие (системы на ее окружение).

Понятие системы стало основой системного метода решения проблем, называемого часто системным подходом. По Mazur (1976), системный метод чрезвычайно полезен во всех научных дисциплинах, особенно при решении проблем, касающихся так называемых больших систем (совокупностей очень большого числа элементов), таких, например, как функционирование живых организмов, общества и его институтов и т. п. Однако это требует соблюдения некоторых правил: 1) система должна быть четко определена, т. е. должно быть известно, какие элементы принадлежат к ней, а какие нет; 2) определение системы по ходу теоретических выкладок должно быть неизменным (нельзя увеличивать или уменьшать число элементов системы); 3) системы должны быть разьединенными (не должно быть элементов, принадлежащих нескольким системам сразу); 4) разделение системы на подсистемы должно быть полным, т. е. не должно быть элементов, не входящих ни в одну из подсистем данной системы. Принятый системным методом терминологический аппарат состоит примерно из 20 понятий, широко применяемых в настоящее время в различных областях науки, в том числе в биологии, психологии, социологии и психиатрии.

Кроме таких понятий, как «множество элементов», «отношение», «структура», «система» и «подсистема», важнейшими кибернетическими понятиями считаются следующие: 1) прямая связь (воздействие одной системы на другую), обратная связь (взаимное воздействие двух систем), положительная связь (усиление раздражителя вызывает усиление реакции), отрицательная связь (усиление раздражителя вызывает уменьшение реакции), дивергентная связь (реакции нарастают до бесконечности), конвергентная связь (реакции угасают до нуля), стабильная связь (например, в межличностных отношениях наблюдается отрицательная стабильная связь); 2) управление — поведение (целенаправленное воздействие) одной системы, приводящее к определенным изменениям другой системы, например воздействие терапевта на больного в процессе психотерапии, 3) автономная система — система, обладающая способностью к управлению и способная противодействовать потере этого свойства (пребывание в состоянии функционального равновесия); в автономной системе существует четкая взаимозависимость между информационными (информация — превращение одного сообщения в другое) и энергетическими процессами; к категории автономных систем принадлежит человек [Mazur, 1966, 1976].

Развитие кибернетики [Ashby, 1963; Wiener, 1960, 1971], как существенного компонента современной науки, проявляется возникновением разнообразных общих кибернетических теорий, например: теории систем [Bertalanffy, 1968], теории моделирования [Амосов, 1965; Bratko et al., 1973; Coombs et al., 1977], теории регуляции [Drischel, 1976], теории информации, как количественной [Shannon, 1948; Shannon, Weaver, 1949], так и качественной [Mazur, 1970], теории решений [Biela, 1976; Kozielecki, 1977], теории игр [Kazmierczak, 1973; Kozielecki, 1970] и т. п. В ряде случаев теории лишь соприкасаются друг с другом, но нередко одни теории составляют часть других. Разработанный кибернетикой системный метод находит все более широкое применение в биологии [Drischel, 1976; Nowinski, 1976; Sietrow, 1975], медицине [Gawronski, 1970; Wartak, 1966], философии [Lubanski, 1975], педагогике [Meyer, 1969]; психологии [Nosal, 1977; Пушкин, 1976; Тюхтин, 1966; Tomaszewski, 1975a; Zimny, 1974], социологии [Kossecki, 1975], психиатрии [Adams, 1971; Ashby, 1968; Bertalanffy, 1966; Gray et al., 1969; Menninger et al., 1963] и во многих

других дисциплинах. Особенно быстрое развитие наблюдается в области теории информации [Biela, 1976; Kozielski, 1971; Lubanski, 1977] и порожденной ею теории коммуникации (общения) [Shannon, Weaver, 1949; Wiener, 1971]. Следует подчеркнуть, что теория коммуникации своим развитием обязана прогрессу лингвистики [Apresjan, 1971; Ivic, 1975; Malmberg, 1969; Stanosz, 1977], особенно в области семантики [Guiraud, 1976; Schaff, 1960] и семиологии [Guiraud, 1974], а также психолингвистики [Hermann, 1971; Kurcz, 1976].

Единой концепции межчеловеческого общения нет. Вслед за McCardle (1974), Grzesiuk и соавт. (1977) выделяют три главных направления теории общей и я: механистическое, психологическое и системное. Механистические теории общения, представителями которых являются Mares (1966) и Parry (1967), основаны на математической теории коммуникации Shannon (1948) и описывают процессы человеческого общения в технических категориях, таких, как передающий, воспринимающий канал, передача, средства передачи, кодирование, декодирование, обратная связь, количество информации, помехи, открытая и закрытая системы. Однако эти термины непригодны для интерпретации более сложных элементов процесса общения, например эмоционального состояния партнеров, содержания несловесного сообщения или поведения, хотя они и подчеркивают значение личности и типа отношений передающий — воспринимающий. С точки зрения исследования истерической личности (см. раздел 4) представляется интересным описание Mares (1966) манипуляционного типа общения. При этом передающий манипулирует эмоциями и потребностями воспринимающего, чтобы склонить его к действиям в соответствии со своими предположениями. Передающий скрытно стремится создать у воспринимающего убеждение в том, что эти действия он предпринимает по собственной инициативе, т. е. несет за них ответственность. Психологические концепции общения занимаются познавательным уровнем коммуникации и основаны на бихевиористской модели (S — R). Grzesiuk и соавт. (1977) считают наиболее репрезентативной среди них теорию общения Rosen. К этому направлению наверняка можно причислить также McQuail (1975). Основную слабость психологических теорий общения McCardle (1974) видит в отсутствии целостного подхода из-за сосредоточения на изолированных переменных. В свою очередь системные теории учитывают сложность и целостный характер человеческого общения и подчеркивают важность социологического аспекта этого вопроса. Типичным представителем системного направления считается Ruesch [Grzesiuk et al., 1977], который в зависимости от характера взаимодействия и количества лиц, участвующих в процессе общения, выделяет четыре главные системы общения: интраперсональную, интерперсональную, групповую и социальную. По его мнению, эффективность общения обусловлена общественным положением и ролями участников процесса общения, принципами общения (нормы, контролирующие протекание информации путем регулирования характера партнеров, времени и места общения, используемого языка и приоритета информации), содержанием сообщений, инструкциями по интерпретации сообщений и обратными связями, обеспечивающими коррекцию ошибок интерпретации.

Теория общения Ruesch (1957, 1961), будучи перенесенной в психиатрию, не пользуется, как и концепции других авторов [Adams, 1971; Hoch, Zubin, 1958; Veron, Sluzki, 1970], широким признанием. Основное утверждение Ruesch о том, что обнаружение взаимного несоответствия информации и отсутствие обратной информации приводит к так называемой обратной самосвязи (функцию обратной

информации начинают выполнять собственные представления индивида) и в результате к нарушениям коммуникации, до сих пор не нашло подтверждения в эмпирических исследованиях [Ruesch, Bateson, 1967]. В последние годы особый интерес вызывает несловесное общение [Ekman, Friesen, 1974; Fast, 1970; Hinde, 1975] как в бихевиоральном, так и в транскультуральном [Morsbach, 1973] и психотерапевтическом [Junova, 1975] аспектах. Тем не менее, несмотря на многочисленные экспериментальные исследования, до сих пор не удалось сформулировать сколько-нибудь адекватную общую теорию несловесного общения и даже включить в соответствующие категории «речь тела». Трудности синтетического подхода к результатам исследования мимики, жестикуляции, движений, осанки, значения пространства в общении пока кажутся непреодолимыми. Однако это не тормозит развития различных несловесных психотерапевтических методов [Junova, 1975]. Быть может, попытка применить системный метод к решению этой проблемы в будущем окажется более эффективной и позволит выяснить многие вопросы из области психопатологии (например, «истерическую экспрессию»).

В условиях современной тенденции к созданию имеющих междисциплинарный характер теоретических и методологических основ все большее значение в психологии и психиатрии приобретают взгляды, основанные на общей теории систем [Bertalanffy, 1966; Gray et al., 1969; Linhart, 1972; Menninger et al., 1963; Nosal, 1977; Tomaszewski, 1975a, 1975b]. Общая теория систем использует структурный, функциональный, логический и математический анализы для исследования свойств систем с различной степенью сложности, разной иерархической организацией и различными отношениями и связями между их элементами. Эта теория, обратив внимание на междисциплинарные сходства и своеобразные закономерности высокоорганизованных живых систем (отсюда используемый многими авторами термин «общая теория живых систем»; Miller, 1969), позволяет преодолеть пропасть между естественными науками, психологией, психиатрией и общественными науками. Общая теория систем была впервые сформулирована Bertalanffy (1968) в 1932 г, но лишь через 30 лет вышел учебник психиатрии, основанный на ее положениях [Menninger et al., 1963], что свидетельствует о том, что до сих пор немногие психиатры являются ее сторонниками. Даже не считая общую теорию живых систем методом решения всех проблем современной науки, нельзя не признать, что системный подход может помочь разрешить многие доныне не решенные психиатрией вопросы. Первые попытки применения кибернетики в польской психиатрии уже предприняты, авторами выдвинуты предложения, касающиеся моделирования психических явлений [Bilikiewicz, 1971], патогенеза неврозов [Grochmal-Bach, 1971] и аффективных заболеваний [Kempinski, 1974]. Особенно близка системному подходу концепция так называемого информационного и энергетического метаболизма, выдвинутая Кемпинским. Значительно большей популярностью кибернетические теории пользуются среди польских психологов, при этом основной интерес проявляется к теории решений [Biela, 1976; Ekel, 1971b; Kozielecki, 1977], теории информации [Biela, 1976; Ekel, 1971 a; Lukaszewski, 1974], теории игр [Kozielecki, 1970] и теории управления [Kocowski, 1968].

В общей теории живых систем берут начало теории деятельности и ситуаций Tomaszewski (1975b, 1975c), которые оказали положительное влияние на развитие польской психологии, особенно так называемой варшавской школы. Правда, многие авторы не слишком последовательно продолжают теоретическую

линию развития, начатую Tomaszewski, тем не менее системный подход в отечественной психологии преобладает [Tomaszewski, 1975a]. На общей теории живых систем целиком основана психологическая концепция человека Nosal (1977) — ведущего представителя этого направления в Польше. Nosal подчеркивает, что все живые системы обладают тремя фундаментальными свойствами: «открытостью», «активностью» и способностью к «самоорганизации». «Открытость» системы состоит в необходимости постоянного пополнения своей структуры путем ассимиляции (в понимании Ж. Пиаже) объектов окружающего мира. Функционирование открытой системы происходит как бы в двух циклах: 1) максимального открытия системы (исследование окружения и ассимиляция определенных объектов) и 2) закрытия системы (переработка внутренней информации и совершенствование собственной структуры, или самоорганизация). «Активность» выражается в постоянном поиске новых ситуаций, в познании и преобразовании свойств доступных объектов. «Самоорганизация» проявляется возможностью динамического изменения собственной структуры и моделирования среды (управления). Для живых систем характерна также способность к обучению (учету предшествующего опыта) и в связи с этим к «развитию» [Sicinski, 1976]. Все перечисленные свойства четко взаимообусловлены. По мнению Nosal (1977), понятие гомеостаза (физиологическое равновесие организма), адекватное по отношению к низшим (например, биохимическому и биоэлектрическому) уровням организации, неприменимо к более высокоорганизованным живым системам. Ведь понятие гомеостаза основано на принципе независимости организма от среды, в то время как главенствующий сложный уровень организации системы основан на зависимости от окружения и постоянном регулировании двусторонних связей. Автор вслед за Iberall, McCulloch [Анохин, 1970] предлагает ввести понятие гомеокинеза, понимаемого как состояние динамического равновесия процессов регуляции, т. е. периодических изменений степени зависимости от окружения. Концепция гомеокинеза более адекватно объясняет общие цели и направления поведения человека (функционирования живых систем).

Несмотря на то что общая теория систем до сих пор не была исходной идеей в исследованиях об истерии, мы уделили ей несколько больше внимания, потому что она является основой принятого в этой книге системного подхода, характеризующего также теорию деятельности и ситуаций Tomaszewski и (хотя в меньшей степени) теорию личности Reykowski, т. е. концепции, составляющие базу для интерпретации истерических явлений. Краткое обсуждение основных положений системного метода и терминологического аппарата призвано облегчить понимание дальнейшего хода рассуждений об истерии.

4. Истерическая личность

Истерия
Якубик А.

До настоящего времени исследования истерической личности проводились по трем направлениям, основанным на различных концепциях личности: 1) на конституциональных типологических теориях, предполагающих биологическую [наследственную и (или) врожденную] обусловленность личности; 2) на динамических теориях, выделяющих разные механизмы личности, носящие характер динамических сил (например, влечения, потребности); 3) на теориях так называемых психических черт (предрасположенностей), определенное сочетание

которых составляет структуру личности. В практике большая часть психиатров пользуется понятиями разнообразных теоретических направлений, предпочитая, однако, описательный подход к личности.

4.1. Типологические теории

Истерия
Якубик А.

Одним из факторов, стимулирующих исследования проблематики истерической личности, были концепции темперамента. Некоторые из них в форме типологий были известны уже во времена Гиппократ и Галена [Strelau, 1969]. Среди основных конституциональных (т. е. связывающих определенные психические свойства с типом телосложения) типологий в исследованиях истерической личности нашли применение лишь типологии Кречмера (1944), Sheldon (1942) и И. П. Павлова (1952).

На основании клинического наблюдения Кречмер (1944) пришел к выводу, что существует зависимость между телосложением (лептосомное, пикническое и атлетическое) и склонностью к психическим заболеваниям (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и эпилепсия). У здоровых людей также наблюдается связь между типом конституции и особенностями психики, составляющими по существу комплекс черт, характерных для данной психической болезни, но значительно меньше выраженных. Представление о зависимости типа телосложения, личности и определенного психического заболевания позволило Кречмеру выделить три типа темперамента (характера): шизотимический, циклотимический и иксотимический. Например, шизотимический темперамент, связанный с лептосомным телосложением и своеобразными чертами личности, преобладает у лиц, больных шизофренией. По мнению этого автора, имеется некий континуум (в смысле постепенного перехода от здоровья к болезни) между здоровой личностью шизотимика (шизотимия), шизоидной личностью (шизоидия и шизоидальная психопатия) и шизофренией. Аналогичные континуумы составляют: циклотимия — циклоидия — циклофрения и иксотимия — иксоидия (эпилептоидия) — эпилепсия, причем различия в них исключительно количественного свойства.

Типологию Кречмера расширил Brzezicki (1970), добавив так называемый скиртотимический тип (от греч. skirtao — скачу, пляшу), который считал национальным характером поляков. Скиртотимический темперамент сочетается с диспластическим (дисгармоническим) телосложением. В соответствии с принципами Кречмера можно составить следующий континуум: здоровая личность скиртотимика (скиртотимия) — скиртоидная личность (скиртоидия, или истерическая психопатия) — истерия. Чертами скиртотимической личности (скиртотимии) Brzezicki считал своеобразную неустойчивость чувств и действий (так называемый соломенный огонь чувств), действия, предпринимаемые для того, чтобы обратить на себя внимание и блеснуть («игра в рыцарское поведение и благородство»), самоволие, пренебрежение к опасности, «душещипательный романтизм». В свою очередь скиртоидную личность отличают «бегство в болезнь», театральность чувств и поведения, чрезмерное стремление «значить больше», чем есть на самом деле, эгоцентризм, стремление к саморекламе, расторможенная фантазия, склонность ко лжи, а иногда к псевдологии. Скиртоидная личность была для автора синонимом истерического характера.

Следует подчеркнуть, что концепция Brzezicki никогда не подвергалась эмпирической проверке.

В зависимости от преобладания в развитии одного из трех эмбриональных листков Sheldon (1942) выделил следующие основные типы телосложения, называемые соматотипами: эндоморфный, мезоморфный, эктоморфный и смешанный. При помощи факторного анализа из 60 черт темперамента он выделил три основных фактора: висцеротонию (сочетается с эндоморфным типом), соматотонию (сочетается с мезоморфным типом) и церебротонию (сочетается с эктоморфным типом). Смешанный тип телосложения может сочетаться с каждым из перечисленных факторов темперамента. Преобладание одного из факторов определяет тип темперамента — висцеро-тонический, соматотонический, церебротонический и смешанный. В типологии Sheldon наиболее приближается к истерической личности висцеротония, состоящая из таких черт, как чрезмерная жажда общества, любви и одобрения, любовь к комфорту, удовольствие от еды и т. п. Исследования обнаружили, что у людей с истерической личностью имеется эктопия, или недоразвитие эктодермы [Rees, 1973].

Теоретические положения павловского учения [Павлов И. П., 1952] уже обсуждались (см. раздел 3.6). Можно лишь напомнить, что так называемый художественный тип (преобладание подкорки над корой и первой сигнальной системы над второй), который характеризуется преобладанием в поведении влечений, эмоций, живой мимикой и конкретно-образным мышлением, у И. П. Павлова соответствует истерической личности. Кроме того, важными чертами истерической личности он считал эмоциональность, внушаемость и самовнушаемость, склонность к фантазированию и отрыву от реальной жизни, расстройства интеграции «я», подверженность гипнотическим состояниям и «бегство в болезнь».

4.2. Динамические теории

Истерия
Якубик А.

Среди теорий личности, акцентирующих значение динамических сил (например, влечений, потребностей) для развития и деятельности человека, наибольший вклад в интерпретацию истерической личности внес классический психоанализ [La-zare, 1971]. Он был основан на фрейдовской концепции характера, развитой впоследствии Reich (1933). Фрейд подходит к характеру как к установкам и навыкам, сформировавшимся в результате трансформации либидо главным образом за счет механизмов сублимации и инсценированной реакции. Характер — это защитная структура, предохраняющая «эго» от разрушительного действия «ид» и внешнего мира, а тип характера зависит от стадии сексуального развития, в которой наступила фиксация либидо [Abraham, 1927]. Сам Фрейд, как, впрочем, и Abraham, не писал об «истерическом характере, который был описан только Wittels (1930). Wittels связывал истерический характер с фиксацией либидо в прегенитальной фазе, а Reich (1933) — в фаллической. Кроме того, Reich выделил многие черты истерического характера: эмоциональную возбудимость, своеобразную ловкость движений, кокетство, сексуально провоцирующее поведение в сочетании со страхом перед окончательной близостью, внушаемость, живость воображения, патологическую лживость.

Через 20 лет Marmor (1953) возвратился к первоначальным концепциям Фрейда и Wittels, которые утверждали, что истерический характер связан с фиксацией либидо в оральной фазе, в результате чего возникает неразрешенный комплекс Эдипа. Современный классический психоанализ объединил прежде противоречивые взгляды; ныне считается, что истерический характер соединяет в себе оральный характер (так называемый оральный агрессивный, по терминологии Abraham) и фаллический характер [Esser, Lesser, 1965; Zetzel, 1968]. Введено также понятие континуума здоровье — болезнь для истерических черт (отсюда понятия «здоровый истерик» и «больной истерик»). У лиц со «здоровым» истерическим характером преобладают конфликты, связанные с неразрешенным комплексом Эдипа (из-за избегания разрешения, а затем из-за регрессии к оральной фазе), а у лиц с «больным» истерическим характером преобладают инфантильные конфликты, типичные для оральной фазы, в которой произошла фиксация либидо. Esser и Lesser (1965) предложили континуум истерический характер — «истероид», основанный на различии в отношениях с объектом катексиса, в защитных механизмах, в уровне фиксации и интеграционной функции «эго».

Представители неопфрейдизма непосредственно вопросами истерической личности не занимались (см. раздел 3.2). Однако и у них можно обнаружить определенные аналогии, например концепция типов характера Fromm (1970, 1973). В соответствии с предложенным Fromm разделением характеров по уровню ассимиляции и социализации близкое сходство с истерическим характером обнаруживают: 1) эксплуататорский тип, который соответствует оральному агрессивному характеру по классификации Abraham (1927), его основная черта — стремление к господству над окружающими при помощи лести, агрессии или других средств; 2) симбиотический тип контакта с окружающими, который соответствует у Horney (1950) установке «к» людям, при этом типе преобладает зависимость от других лиц.

4.3. Теории личностных черт

Истерия
Якубик А.

Основное направление исследований истерической личности в психиатрии — это так называемые теории личностных черт, для которых характерны классификации людей по их постоянным психическим свойствам (предрасположения), т. е. чертам (черта — это гипотетический компонент личности, определяемый путем присвоения общего названия совокупности проявляющихся совместно видов поведения). Теоретическую основу подобного описательного подхода составляет факт «относительного постоянства определенных элементов поведения человека в определенных повторяющихся ситуациях, а также предсказуемость и сходство поведения разных людей, что позволяет предположить у них общность свойств и описывать эти черты одними и теми же понятиями» [Nowakowska, 1971]. Таким образом, структура личности представляется как конфигурация черт, которые являются как бы кратким описанием и одновременно определением того или иного вида поведения. Описательный подход, несмотря на серьезную теоретически-методологическую слабость, пока преобладает в психиатрии, составляет удобную, хотя эвристически бесплодную, основу взаимопонимания психиатров различной

теоретической ориентации и решения клинико-прагматических вопросов.

Chodoff, Lyons (1958), резюмируя взгляды многих авторов, опубликованные в мировой литературе до 1958 г, пришли к выводу, что все описания черт истерической личности можно свести к семи основным категориям: 1) эгоизм и тщеславие; 2) театральное поведение, склонность к неумеренным излияниям, лживость, 3) эмоциональная неуравновешенность; 4) мелкость и неискренность демонстрируемых чувств; 5) кокетство и сексуально провоцирующее поведение; 6) сексуальная холодность и незрелость; 7) зависимость от других и позиция требований и претензий к окружающим. Приняв во внимание важнейшие публикации последних 25 лет [Berg, Hielstone, 1975; Blinder, 1966; Golden, 1968; Halleck, 1967; Hojer-Pedersen, 1965; Lindberg, Lindegard, 1963; Rigotti, 1971], к перечисленным чертам следует добавить эгоцентризм, внушаемость, инфантильность, переменчивость настроения, суждений и действий, живое воображение, робость, агрессивность, импульсивность, повышенную чувствительность к внешним раздражителям, тенденцию к манипулированию окружающими, чрезмерную разговорчивость, сочетающуюся обычно с увертливости, уклончивыми ответами и отрицанием своих предшествующих мнений и поступков. Hollender (1971) особо подчеркивает неспособность к постоянному или интенсивному интеллектуальному усилию, Rigotti (1971) — расстройства ощущения тождества личности и отсутствие ощущения безопасности, а Bleuler (1972) — склонность к псевдологии. Kocowski (1974) считает, что фундаментальная черта истерической личности — это эмоциональная неустойчивость в результате несформированности эффективных механизмов управления эмоциями, что проявляется частыми и внезапными переменами настроения, склонностью к неадекватным эмоциональным реакциям, импульсивностью, непредсказуемостью и непоследовательностью поведения, неустойчивостью к фрустрации и опасности. По Alarcon (1973), детально сопоставившему 22 работы на тему истерической личности, в литературе чаще всего описывают: эмоциональную неуравновешенность, чрезмерную чувствительность к раздражителям, театральное поведение, зависимость, эгоцентризм, сексуально провоцирующее поведение, внушаемость. Учебники клинической психиатрии обычно ограничиваются этой схемой.

Необыкновенно лаконично, но в то же время точно определение Verbeek (1973), который сказал, что истерическая личность — это «инфантильная личность плюс «что-то сверх того»», т. е. он считает ее особым типом незрелой личности. По мнению этого автора, инфантильная личность характеризуется общей психической и интеллектуальной незрелостью, которая проявляется, в частности, постоянным использованием в жизни незрелых критериев оценки и норм поступков, стремлений и поведения, а также снижением самокритики и низкой степенью самоконтроля. Типичны также ограниченность суждений, интересов и взглядов, конкретный образ мышления, упрямство (вплоть до границ тирании по отношению к окружающим), склонность к преувеличению, лжи и привлечению внимания к собственной особе, погоня за сильными ощущениями, трудность сосредоточения внимания, ситуационно обусловленные обманы памяти и резкие, часто неожиданные, перемены настроения. Эмоциональные переживания довольно просты, бедны, интенсивны, кратки, непостоянны, быстро забываются. Вся сфера познания, поведения и чувств обнаруживает отчетливую стереотипность, напоминающую идентичные фотокарточки с одного негатива («клише»). Кроме того, инфантильную личность отличает сильная потребность в восхищении, восторге, похвалах, признании и одобрении со стороны

окружающих. Невозможность и неспособность осуществления своих потребностей и желаний компенсируются удовлетворением их в сфере мечты и фантазии. Verbeek (1973) предполагает, что дополняющее инфантильную личность и тем самым являющееся основным стержнем истерической личности «что-то сверх» состоит из следующих черт: 1) лживость и неестественность экспрессии поведения; 2) эгоцентризм; 3) неспособность к настоящей любви; 4) эмоциональность и внушаемость; 5) обширный мир мечтаний и фантазии. Кроме того, он перечисляет такие свойства, как относительно сильное стремление и упорство в достижении некоторых целей, тенденция к подражанию другим (как результат зависимости и неуверенности), неуравновешенность вегетативной нервной системы, нестабильность уровня сознания.

Детально и глубоко анализировал истерическую личность Кемпиньский (1977b), однако в его скорее эклектической концепции преобладает описательный подход к личности. Сутью всех расстройств личности Кемпиньский считает нарушения в системе ценностей данного индивида. Например, у истерической личности наблюдается характерная невозможность совместить противоположные системы ценностей (одну созданную «под окружающих» и другую — собственную, но вытесненную в подсознание) и в связи с этим необходимость пользоваться в жизни двумя разнонаправленными ценностными иерархиями, что рождает, в частности, ощущение собственного лицемерия, неестественности и неуверенности. По мнению Кемпиньского, отсутствие настоящей, единой иерархии ценностей и несформированность постоянного и объективного представления о собственном «я», естественные в юности, позднее свидетельствуют о задержке развития (незрелости) личности. Именно поэтому люди с истерической личностью устанавливают свои отношения с социальным окружением с точки зрения основного вопроса: «Как меня видят другие?». В этом источник поисков поддержки и одобрения со стороны других людей, постоянной борьбы за признание, за то, чтобы обратить на себя внимание, вызвать к себе интерес и т. п. Лица этого типа постоянно чувствуют себя обиженными, поскольку оценивают себя выше, чем окружение (так называемая идеализация собственного «я»), считают, что их постоянно отвергают, не понимают, недооценивают. Они легко вступают в конфликты из-за несогласия с мнением окружающих, потому что живут в нереальном, идеализированном мире, ложно отражающем действительность (мир кажется им таким, каким они хотели бы его видеть). В результате бессознательного искажения действительности они принимают желаемое за действительное, часто вплоть до псевдологии. К типичным чертам истерической личности Кемпиньский причисляет также несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее раздражителю, легкость воплощения многих ролей сразу, театральность поведения, эгоцентризм, непреодолимое желание постоянно начинать жизнь заново, отсутствие чувства ответственности, склонность манипулировать человеческими чувствами, настроениями и мнениями, «мелкость» сознания, ориентированность на сиюминутное удовлетворение потребностей и стремлений, тенденцию к регрессивному поведению, особенно в трудной ситуации. Чрезмерное концентрирование чувств на своей особе ведет в результате к неспособности вступать в прочные положительные эмоциональные связи с другими людьми. Автор называет «личной трагедией» ситуацию, когда индивид с истерической личностью не достигает цели своей жизни, т. е. одобрения окружающих. У них эффект обычно бывает обратным. У истерической личности мы имеем дело с классическим принципом «порочного круга»: чем меньше одобрение окружающих, тем сильнее стремление завоевать его, что в свою очередь влияет

отрицательно (вследствие нарастания истерических компонентов поведения) на симпатию окружающих. В такой ситуации, когда желаемое принимается за действительное, легко возникают отличные от действительности, но соответствующие мечтам представления о мире.

Своеобразной разновидностью теории личностных черт является концепция так называемых характеристик личности [Eysenck, 1960], основанная на обнаружении определенных статистических закономерностей в поведении отдельных индивидов или группы лиц. Этот формализованный метод психометрического определения общих свойств личности при помощи факторных вопросников не нашел широкого применения в исследованиях истерической личности, хотя некоторые попытки в этом направлении предпринимались, например с использованием Миннесотского теста (MMPI) Hathaway и McKiney [Slavney, McHugh, 1975], который, как мы знаем из клинической практики, завоевал признание скорее как орудие клинической диагностики [Sa-ноcki, 1976], а не метод исследования истерических личностных черт. Также малоприменимыми для этой цели оказались личностные вопросники Eysenck, поскольку, кроме многочисленных недостатков теоретических и методологических принципов Eysenck [Paszkievicz, 1976; Sanocki, 1976], в немногих работах обнаружена связь высоких показателей невротизма и экстраверсии с истерическим типом личности [Paykel, Prusoff, 1973]. Тщательные эмпирические исследования, как отмечалось (см. раздел 3.6), не подтверждают концепции Eysenck [Kelly, Martin, 1969]. Поэтому большинство современных авторов считают, что факторная, типологическая теория Eysenck носит исключительно гипотетический характер и представляет собой лишь интересную точку зрения, способствующую дальнейшему развитию исследовательской мысли [Meyer, Chessser, 1973].

Кратко изложенные основные концепции личности, которые использовались для исследования истерической личности, в польской литературе подверглись детальному критическому разбору [Kozielecki, 1976; Nowakowska, 1975; Reykowski, 1964a, 1964b; Sanocki, 1976; Strelau, 1975; Tomaszewski, 1963]. Поэтому мы ограничимся несколькими общими принципиальными критическими положениями: 1) упомянутые концепции личности формировались на основании наблюдений (впрочем, не подчиненных сколько-нибудь серьезным методологическим правилам) психически больных людей, а не здоровых лиц; поэтому обобщения, возникшие на основе анализа патологического поведения, искажены деформированной, психопатологической перспективой видения человека; 2) теории личности, родившиеся «на почве» психиатрии, все еще пребывают в круге традиций позитивизма и атомистически-ассоциативного подхода к психопатологии; 3) некоторые концепции личности характеризуются крайней односторонностью: например, учитывают биологическую обусловленность (наследственную или врожденную), одновременно недооценивая роль среды (социально-психологически-культуральные факторы) в формировании личности (например, конституциональные типологии), или наоборот, строят более или менее спекулятивные теории, не поддающиеся эмпирической проверке (например, психоаналитические направления); 4) господствующий до сего дня в клинической психиатрии описательный подход к личности уже устарел, он слишком упрощает положение вещей и не позволяет точно предвидеть поведение человека в различных условиях и ситуациях; подобные сомнения вызывает и психометрическое определение «параметров» личности, которое

основывается на факторном анализе; при этом, в частности, подбор переменных и интерпретация результатов могут быть в значительной степени произвольными, а многие исходные положения принимаются априорно.

Оценка имеющихся результатов исследований истерической личности, так же как и других типов расстройств личности, однозначно свидетельствует в пользу срочного внедрения в психиатрию определенной психологической теории личности, которая, отвергнув традиционные концепции, дала бы возможность связать разнородные эмпирические и теоретические данные в рамках одной широкой теории с высокой степенью обобщения. То, что в психиатрической практике не принялась ни одна из новых теорий личности (например, познавательные теории), убедительно свидетельствует о продолжающемся господстве параллелизма в развитии психиатрии и психологии, а это противоречит современной идее междисциплинарной интеграции наук о человеке. Стремясь воплотить этот справедливый постулат и учитывая существующие научные и прагматические потребности клинической психиатрии, мы предпринимаем попытку анализа расстройств личности на основе так называемой регуляционной теории личности Reykowski (1975b, 1975c, 1975d, 1976a, 1976d), разработанной в Институте психологии Варшавского университета. Теория Reykowski и соавт., выдвигающая на первый план интеграционные и регуляционные функции личности (понимаемой как система отношений), открывает новую методологическую перспективу в дальнейших исследованиях личности и различных форм ее нарушений. Начальный, теоретический, анализ истерической личности, основанный на концепции Reykowski, обнаруживает ее эвристическую ценность [Jakubik, 1976a]. Кроме того, регуляционная теория личности, теоретически и методологически родственная теория деятельности Tomaszewski, также носит характер «открытой» теории с довольно высокой степенью обобщения. Благодаря этому в рамках теории возможна постоянная интеграция новых фактов, полученных психологией и родственными науками о человеке, что обеспечивает непрерывное развитие концепций и достижение все большей теоретической точности.

4.4. Регуляционная теория личности

Истерия
Якубик А.

Психологическая теория личности Reykowski выдвигает теоретическую модель присущей человеку системы регуляции, от свойств которой зависит, каким образом он организует свои отношения с внешним миром. Личность — результат специфической способности нервной системы (главным образом коры мозга) создавать функциональные системы высокой степени сложности [Lugia, 1976] в условиях взаимоотношений с физическим и социальным окружением. При таком подходе личность можно определить как центральную систему регуляции и интеграции человеческой деятельности (поведения) [Reykowski, 1975b]. В данной системе можно выделить некоторые подсистемы — регуляционные и интеграционные механизмы. Личность, однако, не является единственным «определителем» поведения индивида (деятельность, например, зависит от ситуационных факторов, психофизического состояния организма, испытываемых в данный момент эмоций), но выполняет главенствующую роль. С точки зрения генеза и принципа функционирования регуляционных механизмов можно выделить два основных уровня их организации:

инстинктивно-эмоциональный (начальные, или первичные, механизмы регуляции) и уровень познавательных структур (высшие механизмы регуляции). Первичные механизмы регуляции основаны на двух элементарных свойствах нервной системы: способности к безусловным эмоциональным реакциям, а также к классическому и инструментальному обусловливанию. Благодаря этому образуются первичные функциональные элементы в форме так называемых эмоциональных потребностей и влечений. В свою очередь высшие регуляционные механизмы базируются на особой возможности мозга создавать связи между «зашифрованными в нем отражениями информационных воздействий окружающего» [Reykowski, 1973]. Система, состоящая из информационных воздействий, имеет, по мнению Obuchowski (1970), конкретный уровень (конкретно-чувственные связи между вещами) и иерархический уровень (структура значений, дифференцированная по уровню обобщения и абстракции). На уровне познавательных структур различные направления деятельности и разнообразная поступающая информация объединяются в единое осмысленное целое. Мы сталкиваемся с эмоциональными, познавательными и исполнительными процессами как на инстинктивно-эмоциональном уровне, так и на уровне познавательных структур, однако при этом степень организации этих процессов различна [Reykowski, 1973].

Основные регуляционные механизмы — это инстинктивно-эмоциональные механизмы (ИЭМ), возникающие на основе инстинктивных побуждений (изнутри организма) и эмоциональных раздражителей (извне и от собственных поступков), которые могут усиливаться или ослабевать за счет определенных предметов и действий [Reykowski, 1974d]. Эти механизмы составляют функциональные элементы, которые направляют поведение к достижению определенного чувственного удовлетворения (например, пищевого, двигательного, полового) или к тому, чтобы избежать отрицательных переживаний (например, физического страдания, страха). У человека может возникнуть множество функциональных элементов такого рода, поэтому для облегчения анализа в литературе выделены основные категории влечений [Obuchowski, 1972] и так называемых потребностей [Maslow, 1954; Murray, 1938]. Влечениями мы называем функциональные элементы, которые образуются в результате «формирования динамических (познавательных и исполнительных) схем, организующихся вокруг возбуждения, вызванного изменением внутреннего равновесия системы (гомеостатическими изменениями)» [Reykowski, 1975b, с. 776]. Таким образом, влечение — это механизм, который регулирует поведение и обеспечивает биологическое равновесие организма. Этот механизм не врожденный, хотя и обладает врожденными элементами (раздражители, исходящие из внутренних органов); он постоянно изменяется по мере включения во все более широкие регуляционные структуры нового опыта. Источником потребностей являются эмоциональные регуляторы — функциональные элементы, которые образуются в результате формирования «динамических схем, связанных с эмоциональными процессами, которые вызываются воздействием на субъект определенных внешних факторов, а также собственной деятельностью субъекта» [Reykowski, 1975b, с. 776]. Одними из главных потребностей Reykowski считает потребность в эмоциональном контакте (в чувствах окружающих по отношению к себе), потребность зависимости, потребность в чувстве безопасности и т. п. В соответствии с общей теорией живых систем (автономных, по терминологии Mazur) потребность — это такое свойство системы, благодаря которому

«условием правильного функционирования данной системы в своем окружении является некое определенное состояние этого окружения» [Sicinski, 1976]. Окружением называется совокупность всех элементов, не принадлежащих к данной системе, свойства которых воздействуют на систему и одновременно подвергаются изменению под влиянием этой системы. Неудовлетворенная потребность приводит к нарушению функционирования (поведения) системы. Существует иерархия потребностей, обусловленная степенью нарушения функционирования системы в случае неудовлетворения их, например, отсутствие удовлетворения потребности может вызвать ликвидацию системы, расстройство или отсутствие некоторых функций, расстройства развития системы.

Развитие инстинктивно-эмоциональных механизмов состоит в постепенном переходе «от простой, рефлекторной формы реагирования (на приятное и неприятное) к формированию

антиципационных механизмов, обеспечивающих ориентировку в свойствах предметов и ситуаций и программирующих деятельность таким образом, чтобы достигнуть поставленную цель» [Reykowski, 1976d], например достичь удовлетворения и избежать боли или страха. Развитие ИЭМ выражается также в совершенствовании этих механизмов, в частности, путем возрастания способности дифференцировать раздражители и формирования координации между различными чувственными сферами. Таким образом, ИЭМ управляют действиями, которые направлены к достижению определенных целей, при помощи ориентирования субъекта на восприятие соответствующих раздражителей, вызывания соответствующих эмоций и мотивационной настроенности, мобилизации адекватных видов реагирования.

В процессе прогрессирующей социализации инстинктивно-эмоциональные механизмы подчиняются единому главенствующему управлению высшими регуляционными механизмами — познавательной системе. Это происходит при сформировании познавательной сети (ПС), которую можно рассматривать как своеобразное психологическое пространство (систематизированное отражение физического, социального, временного, семантического пространств и форм активности), составляющее субъективную модель действительности. Она также имеет систему правил, норм и требований. Формирование ПС происходит в результате постоянного притока информации, подвергающейся постепенной организации. Возникновение модели действительности позволяет разместить любую новую информацию в системе уже зашифрованной информации. Развитие познавательной сети основано на: 1) расширении объема отражения окружающего и возрастания степени структурализации этого отражения; 2) постепенной стабилизации отражения окружающего (формирование так называемых стабильных структур); 3) изменении характера и сферы действия норм, возрастании моральной автономии;

4) смене элементов и преобразовании отношений в сети;

5) изменении формы отражения, т. е. на возрастании степени организации [по Obuchowski, 1970]—от моноконкретного через поликонкретный к иерархическому уровню [Reykowski, 1976d]. От свойств ПС зависят ее регуляционные функции.

Типичными функциональными чертами ПС являются: 1) формирование антиципации нормального состояния (отношение к действительности такой, какая она на самом деле) и идеального состояния (отношение к действительности такой, какой она должна быть); 2) создание программ действий; 3) генерирование эмоционально-мотивационного напряжения, возникающего в тех случаях, когда: а) воспринимаемая информация противоречит ожидаемой (познавательный диссонанс), б) воспринимаемая информация неоднозначна (неуверенность), в) постоянно повторяется уже известная информация (монотонность), г) отсутствует ожидаемая информация (депривация), д) возникают препятствия к исполнению принятой программы деятельности (фрустрация), е) возникают трудности координирования двух и более программ деятельности или их осуществление приводит к взаимоисключающим результатам (конфликт), ж) появляется информация, указывающая на возможность существования ожидаемого (надежда) или нежелательного (опасение) состояния вещей [Reykowski, 1975d]. Таким образом, из свойств ПС вытекает, что связи между антиципациями, программами деятельности и действительностью, а также их взаимоотношения могут быть источником эмоций и основой мотивации, т. е. эмоционально-мотивационного напряжения, составляющего движущую силу деятельности человека.

Познавательная сеть упорядочена определенным образом, благодаря чему отраженные в ней элементы действительности могут приобретать различную ценность в зависимости от их положения в психологическом пространстве и отношения к инстинктивно-эмоциональному опыту индивида (например, как предмета поощрения или источника фрустрации). Этот вид систематизации мы называем ценностной сетью (ЦС) [Reykowski, 1976d]. Ценностью наделены как лица, так и предметы, идеальные состояния вещей, действия, ситуации, нормы, принципы и т. п. ЦС позволяет систематизировать информацию с точки зрения ее ценности для индивида и объективной ценности, а также служит источником мотивации к «сохранению, защите и развитию объектов, представленных в сети» [Reykowski, 1976d]. Поскольку ценностная сеть функционирует как система, действия в пользу определенного объекта зависят от ценности остальных значимых объектов. Положение объектов в ЦС обнаруживает определенную степень изменчивости, обусловленную влиянием актуальной ситуации, новым опытом индивида, его развитием. Место в ЦС определяет предпочтение, оказываемое субъектом. Развитие ценностной сети состоит в преобразовании ее (из состояния, в котором ничего не имеет ценности, в состояние, в котором наступают стабилизация принципов оценки и автономизация ценности некоторых элементов), а также в ее расширении.

Другой самостоятельный принцип систематизации познавательной сети, «отражающий объективный порядок вещей, явлений, процессов и представляющий собой отражение практических действий, предпринимаемых человеком по отношению к ним» [Reykowski, 1976d], ведет к формированию так называемой оперативной сети (ОС). Оперативная сеть выделяется из ценностной сети как относительно самостоятельная и отдельная инстанция регуляции в результате прогрессирующего процесса дифференцировки фактов и ценностей. Благодаря ОС формируется отражение физической и социальной действительности, а также вырабатывается соответствующая техника преобразования информации и программирования деятельности. Без регуляционной функции ОС не была бы возможна реализация влечений,

потребностей и т. п. ОС предоставляет мотивам, вырабатываемым системами ИЭМ, ЦС и СН (структуры «я» — см. ниже), средства ориентирования и исполнения, но может и сама быть автономным источником (например, побуждать к познанию, творчеству). Развитие ОС состоит в постепенном формировании адекватных орудий ориентировки и исполнения (например, овладение навыками, выработка понятийных систем, соответствующих алгоритмов и эвристик), а также в росте способности к созданию новых конструкций более высокой степени сложности и оригинальности (творчество) [Reykowski, 1976d]. Однако различные подсистемы ОС могут обладать разнообразными возможностями развития. Развитие ОС происходит главным образом в процессе практической деятельности человека.

В раннем онтогенезе преобладают инстинктивно-эмоциональные механизмы, а позднее, по мере формирования познавательной сети, развивается тесная взаимосвязь двух типов регуляционных механизмов. Эта взаимозависимость особенно ярко проявляется в действии структуры «я». Ведь в рамках познавательной сети примерно к 3-му году жизни формируется важная регуляционная структура, выполняющая функции главного центра интеграции и регуляции поведения индивида, — структура «я» (СЯ) [Reykowski, 1975e]. СЯ — это особая подсистема, которая формируется под влиянием опыта, относящегося к собственной личности. Она представляет собой понятийную структуру, объединяющую очень широкую область информации о протекании и результатах собственной деятельности, внутреннего состояния и оценок индивида другими людьми. Информация, зашифрованная в СЯ, составляет основу для дифференцирования внутреннего и внешнего мира («я» и «не-я»). Отсутствие такой дифференцировки, характерное для ранней стадии онтогенеза, проявляется в том, что человеком управляют сиюминутные раздражители и внешние требования. Интеграционная активность СЯ носит прежде всего сознательный характер, но в ограниченной мере синтез информации происходит и бессознательным путем [Jus, Jus, 1963].

Развитие структуры «я» состоит в постепенном достижении чувства тождества (возникновение понятия собственного «я», отличного от образа внешнего мира), чувства контроля (способность к самоконтролю и контролю над физическим и социальным окружением, например, в форме достижения во внешнем мире желаемых результатов, способности предвидеть ход событий), чувства собственной ценности (убеждение в автономной ценности собственной osoby и ожидание подтверждения этого убеждения со стороны других людей и самого себя), а также в формировании адекватной самооценки (предвидение сферы своих возможностей) [Reykowski, 1976d]. По мнению Reykowski (1976d), развитие СЯ происходит также за счет экспансии собственного «я», которая выражается в распространении своего тождества путем контактирования со все более широкими сферами действительности, расширения временной перспективы (информация о прошлом и проектировании будущего), установления новых межличностных контактов и усвоения новых ролей. Экспансия собственного «я» осуществляется также за счет расширения контроля над окружающим миром (возрастание власти, могущества, обладания), укрепления самоконтроля и усиления чувства собственной ценности (завоевание признания, одобрения своих достижений). Характер выполнения регуляционных функций зависит от свойств СЯ.

Отражение собственного «я» имеет определенное положение в психологическом

пространстве и ценностной сети субъекта. Положения, занимаемые «я», отличаются степенью стабилизации и амплитудой изменчивости. Актуальное положение, осознаваемое индивидом, мы называем «реальное я», а положение в психологическом пространстве, которому человек придает более высокую ценность, чем существующему, и которого стремится достигнуть, «идеальное я». Величина расхождения между «реальным я» и «идеальным я» определяется как степень самоодобрения [Byrne, 1966]: чем расхождение больше, тем ниже уровень самоодобрения. СЯ может различным образом быть связана с отражениями других объектов в познавательной сети: например, может составлять элемент более крупного целого, более или менее изолированную подсистему или господствующую систему. Важную роль играет также степень связывания других систем с СЯ, поскольку события, которые относятся к системам, прочно связанным с СЯ, в большей степени «затрагивают я» [Reykowski, 1976d]. Функциональное значение СЯ зависит также от степени стабилизации других систем, выполняющих регуляционные функции.

Кодированные познавательной сетью предвидения и программы деятельности носят упорядоченный характер, что выражается в возникновении понятий и представлений, отражающих объекты внешнего мира и их взаимоотношения. Понятия и представления связываются друг с другом в системы с различными уровнями стабильности, соответствующие определенным элементам действительности. Наиболее стабильны системы, которые сформировались на ранних стадиях онтогенеза. Исключительно высокой степени стабильности достигают понятия, отражающие какую-либо абсолютную, независимую от опыта индивида закономерность (например, основные социальные нормы); это — сверхстабильные системы [Reykowski, 1975d]. Каждая стабильная система стремится к сохранению равновесия (действует по принципу гомеостаза), причем «равновесие системы поддерживается за счет поступления информации, антиципируемой (предвосхищенной) системой, и нарушается информацией, которая не соответствует антиципации» [Reykowski, 1975d, с. 127]. Равновесие стабильной системы сохраняется при помощи практических действий (изменение действительности таким образом, чтобы она соответствовала антиципации) или модификации информации о действительности (искажение воспринимаемой информации таким образом, чтобы она казалась соответствующей антиципации). Чем более стабильна система, тем большее эмоционально-мотивационное напряжение возникает в случае нарушения ее стабильности. Значительной степенью стабильности обладают системы, представляющие идеальные состояния, в связи с чем в познавательной сети может возникать спонтанное напряжение вследствие расхождения между антиципацией нормального состояния (например, «реальным я») и идеального (например, «идеальным я»). «Каждая стабильная система, равновесие которой нарушено, может контролировать поведение субъекта в том случае, если не действуют более сильные конкурентные системы» [Reykowski, 1975d, с. 128]. Некоторые системы достигают такой степени развития, что преобладают над остальными, и лишь тогда, когда господствующие системы по различным причинам полностью или частично выключаются, напряжение, возникшее вследствие нарушения равновесия какой-либо из остальных систем, начинает контролировать поведение (деятельность) индивида. Вследствие иерархического подразделения стабильных систем система, занимающая более высокое положение в иерархии, обладает большим регуляционным потенциалом. Под влиянием различных факторов влияние данной системы может измениться, например выраженное нарушение равновесия системы или

функциональная слабость другой системы выдвигают его на более высокую ступень в иерархии [Reykowski, 1975d]. Одну из самых высоких ступеней, господствующую в иерархии стабильных систем, занимает структура «я», благодаря чему она регулирует значительную часть деятельности человека. У лиц, СЯ которых обладает большим потенциалом регуляции, влияние остальных стабильных систем явно ограничено (они продуцируют относительно слабое мотивационное напряжение).

Вся система интеграции и регуляции поведения человека, вступая в определенные взаимоотношения с окружающим миром, находится в состоянии внутреннего равновесия. Условие эффективного функционирования системы регуляции — поддержание оптимального тонуса, обусловленного достаточным поступлением стимулов (физических, эмоциональных, собственной активности субъекта). Люди в зависимости от степени психологической реактивности различаются потребностью в стимуляции [Strelau, 1975d]. Для сохранения равновесия системы необходимо также поступление специфических воздействий, тормозящих активность отдельных инстинктивно-эмоциональных механизмов (удовлетворение влечений и потребностей). Также необходимо получение информации, «поддерживающей» [Reykowski, 1976d] структуру «я» (например, подтверждающей собственную ценность, интегральность или контроль над окружением), ценностную сеть (например, подтверждающей предвосхищаемые закономерности), оперативную сеть (например, выполнение соответствующих программ деятельности). Отсутствие или недостаток «поддерживающей» информации вызывает нарушение регуляционных функций отдельных структур.

Нарушение равновесия системы регуляции вызывает реакцию в виде эмоционального возбуждения и мотивационного напряжения [Reykowski, 1975d]. Величина эмоционального возбуждения зависит от степени контроля ситуации индивидом, индивидуальной эмоциональности и структурных особенностей системы регуляции. Если возбуждение определенной регуляционной структуры не приводит к соответствующей реакции исполнения (например, отсутствие адекватной программы действий, фрустрация, конфликт, заторможенность и т. п.), то возникает мотивационное напряжение, вызывающее тенденцию к восстановлению равновесия. В зависимости от вида регуляционных структур можно выделить мотивации, связанные с участием ИЭМ (стремление системы к самосохранению, удовлетворению влечений и потребностей), СЯ (стремление к сохранению, поддержанию и развитию собственной ценности, контроля и интеграции «я»), ЦС (стремление к уменьшению разрыва между стандартом нормального состояния и существующим состоянием или между стандартом идеального состояния и существующим состоянием), а также ПС (любопытность, интересы). Каждый из типов мотивации может проявляться независимо от остальных или может им подчиняться. В этой области имеются индивидуальные различия. Мотивационное напряжение может носить сиюминутный, ситуационный или постоянный характер. Для осуществления различных потребностей и нужд вырабатываются путем научения соответствующие приспособительные механизмы. С помощью научения возникают также стереотипы поведения, разряжающего напряжение или уменьшающего возбуждение, а также формируются защитные механизмы, т. е. постоянные виды искажения поступающей информации и деформирования процессов ее переработки. Задача всех перечисленных механизмов — поддерживать равновесие в системе

регуляции. Если они оказываются неадекватными, наступает дезорганизация интеграционных и регуляционных функций. Автономная система, каковой является человек, теряет в этом случае способность к управлению (целенаправленному воздействию).

4.5. Конституциональный фактор и истерическая личность

Истерия
Якубик А.

В последние годы слишком большое значение придается влиянию среды на развитие истерической личности, при этом упускают из виду роль биологических условий в генезе расстройств личности такого типа. В то же время современная наука располагает многими факторами, подтверждающими мнение, что формирование личности определяется как социальными, так и биологическими факторами. Ведь структура и физиологические функции организма совместно с внешними факторами и активными процессами саморегуляции субъекта обуславливают построение определенной системы регуляции деятельности (поведения) человека [Tomaszewski, 1963], влияя тем самым на ее ход и эффективность. Таким образом, конституциональный фактор, т. е. наследственные и (или) врожденные особенности темперамента, определяют так называемый индивидуальный стиль действий [Strelau, 1974], а также относительно постоянные стандарты поведения в изменяющихся условиях, особенно в трудных ситуациях. При длительном сохранении трудной (стрессовой) ситуации особенности темперамента могут способствовать возникновению определенных функциональных расстройств и даже структурных изменений [Strelau, 1975b]. Конституциональный фон составляет постоянные или меняющиеся независимо от среды направляющие свойства каждой автономной системы. Поэтому конституциональный фактор следует признать важной детерминантой формирования истерической личности.

В соответствии с концепцией Strelau (1975b) темперамент, понимаемый как «совокупность формальных и относительно постоянных черт поведения, проявляющихся в энергетическом уровне поведения и во временных параметрах реакции», — это один из механизмов регуляции человеческой деятельности. Таким образом, темперамент наравне с другими факторами определяет энергетический уровень поведения (индивидуальный тип накопления энергии и ее разрядки, выражающийся масштабом реакции и интенсивностью действий) и протекание поведения во времени. Однако временные параметры реагирования (например, скорость, устойчивость, подвижность и темп реакции) в действиях человека не играют столь существенной роли, как энергетический уровень поведения, который включает в себя две основные черты темперамента: реактивность и активность поведения, они обе обусловлены определенными свойствами сетчатого образования, коры мозга и гормональной системы. Реактивность, или индивидуальная, относительно постоянная величина реакции на раздражители, проявляется в форме чувствительности (минимальная величина раздражителя, вызывающая заметную реакцию) и сопротивляемости (способность адекватно реагировать на сильные, длительные или часто повторяющиеся раздражители) к действию раздражителей. Отношение чувствительность — сопротивляемость носит постоянный характер. Реактивность индивида тем больше, чем больше чувствительность и чем меньше сопротивляемость. У высокореактивных лиц внешние или внутренние раздражители вызывают более сильные реакции по сравнению с малореактивными лицами. Между реактивностью и активностью

[интенсивность и (или) частота, с которыми индивид берется за решение различных задач] имеется обратная зависимость: малореактивные индивиды характеризуются большей активностью поведения, а высокореактивные индивиды — пассивностью в действиях. Это связано с тем, что с определенной степенью реактивности связан типичный для данного индивида уровень потребности в стимуляции: при низкой реактивности высокая потребность в стимуляции, а при высокой реактивности — низкая потребность [Strelau, 1975b]. Источником стимуляции являются как внешние раздражители (например, окружающее, ситуации, задачи), так и собственные реакции и поведение человека. Поэтому большая активность обеспечивает сильную стимуляцию В соответствии с теорией оптимальной активации Hebb (1965, 1970) каждый индивид стремится обеспечить себя таким притоком стимуляции, при котором достигается оптимальный уровень активации и, как следствие его, наивысшая эффективность деятельности. Нарушение равновесия в этой области (например, чрезмерная или недостаточная активация) вызывает мотивацию к действиям, имеющим целью поддержание оптимального уровня активации путем снижения или повышения притока стимуляции. Поэтому поддержание оптимальной активации у малореактивных лиц требует большой активности, а у высокореактивных, — наоборот, ограничения активности поведения. Таким образом, уровень реактивности детерминирует характерный для данного индивида тип регуляции активности [стиль действий; Elias, 1974], а тем самым влияет на развитие и функционирование личности.

Клинические наблюдения дают основание полагать, что индивиды с истерической личностью проявляют высокий уровень реактивности, т. е. значительную чувствительность к очень слабым раздражителям и низкую сопротивляемость, т. е. отсутствие способности адекватно реагировать на сильные, длительные и часто повторяющиеся раздражители. Высокая реактивность проявляется прежде всего в виде интенсивных реакций, вызванных непосредственно ситуационными раздражителями и преобладающих над слабой активностью, выражающейся небольшим числом действий, направленных к определенной цели. Поэтому в трудных ситуациях (см. раздел 5.2) поведение таких лиц определяется влиянием ситуации как раздражителя, но не как задачи, которую предстоит решить, и представляет собой попросту реакцию на ситуацию, а не ее решение. Ведь сильная реактивность вызывает расстройство целенаправленного поведения за счет снятия организующего влияния задачи (см. раздел 1.5) и тем самым сводит его до уровня реактивного поведения. Результаты обследования лиц с высоким уровнем реактивности [Strelau, 1974, 1975b] приводят к выводу, что для истерической личности должны быть характерны: 1) своеобразный стиль деятельности, состоящий в предпочтении малоинтенсивных методов при выполнении своих функций и в поиске менее стимулирующих ситуаций; 2) преобладание вспомогательных действий (обеспечивающих или облегчающих выполнение основных действий) над основными действиями, которые непосредственно ведут к достижению определенной цели, это позволяет избегать возникновения трудных ситуаций, в которых эффективность их деятельности значительно снижается; 3) тенденция к частой перемене вида деятельности и ее временной структуры (например, организация прерываемых действий или выполнение их поочередно со склонностью переходить к следующему виду деятельности, не получив желаемого результата), а также преобладание разнообразных действий над однообразными вследствие малой сопротивляемости, вызывающей защитное торможение, которое обеспечивает регенерацию корковых центров, связанных

функционально с предыдущим видом деятельности; 4) пассивность механизмов саморегуляции, что проявляется отсутствием такого вида поведения, которое требует активного совершенствования субъективных функций (в этом, кстати, причина неэффективности и непостоянства в достижении целей) или вызывает перемены в окружающем мире, а также постановка перед собой нереальных целей. В трудных ситуациях у истерической личности появляется дезорганизация целенаправленных видов поведения, что проявляется нарушениями процессов восприятия, хранения, переработки и использования информации. Источником расстройств этого типа является слишком высокий уровень активации коры головного мозга, вызванный повышенной реактивностью.

По Luria (1976), в мозге можно выделить три главных функциональных блока, необходимых для осуществления деятельности любого рода: 1) блок, регулирующий напряжение коры и состояние бодрствования; 2) блок, воспринимающий, хранящий и перерабатывающий внутреннюю и внешнюю информацию, 3) программирующий блок, регулирующий и контролирующей деятельность. Для правильного течения целенаправленного поведения необходимо поддержание оптимального состояния коры мозга, т. е. поддержание соответствующего напряжения и определенного уровня бодрствования, что обусловлено свойствами первого функционального блока. Открытия Moguzi и Magoun (1949) позволили определить, что структурой, регулирующей функциональное состояние коры, является сетчатое образование ствола мозга [Magoun, 1961; Lindsley, 1957], а точнее говоря, так называемое восходящее сетчатое образование [Sadowski, 1973], от которого зависит степень общей активации (возбуждения) коры мозга. Активация, или уровень тонуса коры мозга, определяется неспецифическим (независимым от сенсорного характера раздражителя и направленным во все зоны и области мозга) воздействием сетчатого образования. От степени активации зависит готовность коры к образованию сложных функциональных связей. Уровень активации поддерживается положительным, монотонным возбуждением коры головного мозга импульсами неспецифического сетчатого образования ствола мозга, а в свою очередь степень возбуждения является следствием влияния силы раздражителя, новизны стимулирующей ситуации, факторов, которые повышают или снижают активирующее влияние восходящего сетчатого образования (например, усталость, лекарства), а также индивидуальных колебаний способности к повышению активации [Gray, 1964]. Каждая стимуляция системы независимо от характера раздражителей выражается повышением общего уровня активации («глобальная реакция возбуждения», Jus, Jus, 1968) за счет неспецифического сетчатого образования и возбуждением специфической области коры (так называемые вызванные потенциалы), характерной для данного раздражителя, через специфические афферентные пути. В соответствии с общей теорией живых систем поведение системы обусловлено как информационными, так и энергетическими воздействиями благодаря существующему единству энергетически-информационных процессов. Поэтому специфические системы функционально связаны с процессами восприятия, хранения и переработки информации, а неспецифические системы регулируют функциональное состояние мозговых структур, определяя тем самым энергетический уровень системы.

В пределах сетчатого образования наблюдается некоторая функциональная дифференцировка отдельных участков [Sadowski, 1962], которая, несмотря на их

тесную взаимосвязь, позволяет выделить следующие функциональные части его: 1) восходящую; 2) нисходящую возбуждающую; 3) тормозящую; 4) сетчатое образование зрительного бугра. Раздражители, поступающие в сетчатое образование, исходят из периферических рецепторов, подкорковых центров, мозжечка и коры. Восходящее сетчатое образование повышает или понижает активность коры посредством связей, которые проходят через неспецифическую таламическую систему (по принципу отрицательной обратной связи) и через подбугорье. Благодаря многочисленным обратным связям, в том числе с лимбической, экстрапирамидной, вегетативной системами и спинномозговыми центрами, сетчатое образование возбуждает или тормозит двигательные функции спинного мозга (влияет в основном на мышечный тонус) и вегетативной нервной системы.

Активация коры головного мозга вызывает появление быстрых волн (частота выше 13 Гц) низкой амплитуды (не превышает обычно 20 мкВ), т. е. вызывает десинхронизацию основной биоэлектрической активности. В отсутствие активации происходит синхронизация α -ритма в виде волн малой частоты и высокой амплитуды. Таким образом, конфигурация ЭЭГ отражает изменения уровня активации. Общепринятым показателем общего уровня активации является так называемый α -индекс (процент α -волн в 3-минутном отрезке записи ЭЭГ в покое у здорового человека): чем выше уровень активации, тем больше десинхронизация биоэлектрической активности, т. е. тем ниже α -индекс [низкий индекс составляет 0—21,8 % α -волн, высокий —76,5—100 %; Terelak, 1976]. Значительно более точной представляется оценка уровня активации при помощи измерения уровня адреналина и норадреналина крови [de Walden-Galuszko, 1976a]. Альфа-индекс рассматривается также и как общий показатель реактивности [Strelau, 1974]. При одинаковых условиях исследования α -индекс ниже у высокореактивных по сравнению с малореактивными лицами [Terelak, 1975]. Это различие отчетливо возрастает в трудной ситуации. Подобную зависимость можно ожидать и при сравнении истерических личностей и репрезентативной выборки популяции, но исследования такого типа до сих пор не проводились. Повышению уровня активации обычно сопутствует возрастание возбуждения [Eason, Dudley, 1971], понимаемого как определенные периферические изменения, вызванные действием вегетативной нервной системы (например, учащение ритма сердечной деятельности и дыхания, повышение артериального давления и мышечного тонуса, снижение кожного сопротивления, повышение уровня адреналина и норадреналина в крови и т. п.). Среди многочисленных методов исследования функции вегетативной нервной системы наиболее чувствительными показателями периферического возбуждения (а тем самым и уровня активации) считаются колебания кожно-гальванической реакции и кожного сопротивления, а также усиление секреции адреналина и норадреналина [de Walder-Galuszko, 1976b].

С активацией тесно связаны эмоционально-мотивационные — процессы [Duffy, 1963; Lindsley, 1957]. По Reykowski (1974), эмоциональный процесс характеризуется знаком (положительным или отрицательным), содержанием и возникновением периферического возбуждения. Так, эмоции нарастают параллельно активации. В механизме возникновения эмоций важную роль играет связь сетчатого образования с лимбической системой [Sa-dowski, 1973]. Эмоциональный процесс в свою очередь составляет основу мотивационного напряжения, обуславливающего целенаправленный характер деятельности человека. Зависимость между мотивацией и активацией носит характер

криволинейной функции: вначале мотивация возрастает одновременно с активацией, а затем на более высоких уровнях активации снижается [Hebb, 1970]. Проблема мотивации действий истерической личности обсуждается далее (см. раздел. 4.6).

Нейрофизиологические экспериментальные исследования стали основой теории оптимальной активации [Hebb, 1965] и теории оптимальной стимуляции [Leuba, 1965; Zuckermann, цит. по Toeplitz, 1977], критический анализ которых содержится в работе Lukaszewski (1974). В соответствии с теорией оптимальной активации условием правильного протекания процессов регуляции, а тем самым и эффективного функционирования индивида является определенный индивидуально различный и зависящий от данной ситуации оптимальный уровень активации. В связи с этим каждый человек стремится поддерживать оптимальный для себя уровень активации [по принципу гомеостатических живых систем; Nosal, 1977]. Активирующую ценность имеет любая внутренняя или внешняя стимуляция, но главным образом так называемое информационное противоречие, которое активирует эмоционально-мотивационные процессы, направляющие поведение к восстановлению и поддержанию оптимального уровня активации. Оптимальным состоянием может быть определенная степень информационного противоречия или полное отсутствие его, т. е. поступление только взаимосогласующейся информации. Зависимость активации от степени информационного противоречия предполагает наличие различной потребности в стимуляции. Поэтому теории оптимальной стимуляции предполагают, что каждый индивид обладает присущим ему оптимальным уровнем стимуляции, обусловленным следующими переменными: 1) конституциональным фактором (реактивность и активность поведения); 2) возрастом; 3) научением, 4) уровнем стимуляции в предшествующий период; 5) степенью сложности задачи (ситуации); 6) суточным ритмом (например, ритм сон — бодрствование) [Toeplitz, 1977]. Результаты эмпирических исследований указывают на то, что важнейшей детерминантой оптимального уровня стимуляции является конституциональный фактор.

Как упоминалось ранее, конституционально обусловленная высокая реактивность истерических личностей определяет их низкую потребность в стимуляции, т. е. одновременно определяет предпочтение ими ситуаций с невысокой стимулирующей ценностью. Обратное явление наблюдается, например, при психопатии, которая, по мнению некоторых авторов [Quay, 1965], характеризуется чрезвычайно высокой потребностью в стимуляции. Поскольку адекватный уровень потребности в стимуляции является решающим в развитии как форм, так и содержания познавательных структур, а также для эффективности процесса социализации, следует предполагать, что у истерических личностей будут проявляться недоразвитие познавательных структур и слабая интернализация социальных норм (см. раздел 4.6). Это подтверждается клиническими наблюдениями [Jakubik, 1975d; Kepinski, 1977b]. Проводя аналогии между теориями истерической личности и кибернетической теорией характера (стабильные свойства управления системой) [Mazur, 1976], можно отметить, что основным проявлением «динамизма» (соотношение коэффициента развития и коэффициента старения системы) у личности такого типа служит тенденция к «изверганию» внутренней информации вместо усвоения и хранения внешней информации. За счет этого относительно стабильные, биологически детерминированные особенности управления системой затрудняют кодирование поступающей извне информации, что

одновременно с избеганием источников обильной информации приводит к замедленному развитию корреляционной сети (познавательной сети, по терминологии Reykowski). В этом также причина невозможности вызвать более основательные сдвиги внутренней структуры системы под влиянием окружающего (других систем). Практически это выражается значительными трудностями в смене установок при психотерапевтическом лечении больных с истерическим типом личности.

До настоящего времени отсутствуют какие-либо исследования общего уровня активации у истерической личности. На основании результатов экспериментальных исследований, подтвердивших, что поведение человека — это криволинейная функция уровня активации в виде перевернутой буквы U [Lukaszewski, 1974; Luna, 1976] (при этом учитывались такие параметры, как состояние бодрствования, сила реакции, эффективность научения и выполнения задачи), можно лишь косвенно предполагать что идентичные зависимости имеются также и у индивидов с истерическим типом личности. Высокая реактивность этих лиц, которая обуславливает чрезмерный рост активации, быстро выходящей за пределы оптимального уровня, может легко приводить к расстройствам указанных параметров. Особенно интересна и важна для проблематики истерической личности и истерических диссоциативных симптомов проверенная эмпирически концепция Lindsley (1960, 1961], согласно которой уровень сознания — это криволинейная функция уровня активации. Этой зависимостью объясняются частые колебания уровня сознания у истерических личностей в результате сверхоптимального, даже под влиянием слабых раздражителей, роста активации. Характерной легкостью превышения оптимума активации объясняется также непереносимость ими трудных ситуаций, служащих источником сильной стимуляции. Сверхоптимальный рост активации вызывает чрезмерное периферическое возбуждение, связанное с большим усилением эмоционально-мотивационных процессов, которые направляют поведение исключительно на поддержание оптимального уровня активации. Вследствие стремления к снижению активации до оптимального уровня формируются особые механизмы, обеспечивающие достижение этой цели. Неэффективность приспособительных и защитных механизмов способствует образованию разнообразных патологических механизмов (например, истерических манипуляционных механизмов; см. раздел, 4.9), неспецифических или специфических для определенного типа расстройств личности, которые более или менее эффективно снижают уровень активации. Следует подчеркнуть, что значительным активизирующим влиянием обладает отсутствие информации, которая поддерживает имеющиеся личностные структуры, особенно структуру «я». Избыточная потребность в поддерживающей информации, которая необходима для правильной интеграции личности, способствует (при одновременной слабости механизмов регуляции) дополнительному образованию и фиксации патологических механизмов. Именно это явление наблюдается у индивидов с истерическим типом личности, поведение которых направлено главным образом на получение информации, поддерживающей структуру «я» [Jakubik, 1976a]. Вследствие низкого уровня развития структуры «я» у истерических личностей оказывается, что для них высокой активизирующей ценностью обладают прежде всего отсутствие поступления информации, поддерживающей эту интеграционно-регуляционную структуру, а также противоречия информации, которые характеризуются несоответствием поступающей информации и информации, зашифрованной в

структуре «я».

4.6. Регуляционные механизмы истерической личности

Истерия
Якубик А.

С точки зрения общей теории живых систем способность каждой системы к управлению зависит от правильного развития ее структуры и достаточного поступления информации извне. Развитие автономной системы определяется как биологическим ростом, так и количеством и качеством энергетически-информационных процессов. Регуляция отношения система — окружающее построена на нескольких основных процессах: 1) поиске, восприятии и отборе информации; 2) интеграции, редукции и преобразовании информации; 3) фиксации, хранении и воспроизведении информации; 4) предвидении, планировании, контроле и модификации программ деятельности; 5) поглощении, накоплении и преобразовании энергии. Биологический рост системы протекает в соответствии с генетической программой, а ее развитие состоит в постепенном достижении состояния переменчивого равновесия, или гомеокинеза [Nosal, 1977]. По Пиаже (1966), развитие системы — это просто переход от ассимиляции (включение информации в ранее созданные познавательные структуры) через аккомодацию (приспособление уже существующих познавательных структур к новой информации) к адаптации (изменчивое равновесие процессов ассимиляции и аккомодации). Замедление развития автономной системы независимо от причины [например, конституциональные свойства и (или) неправильный процесс социализации] приводит к потере, снижению или нарушению ее способности к управлению из-за невозможности сохранить состояние функционального равновесия. Считая личность центральной системой регуляции и интеграции деятельности (поведения) человека, можно, таким образом, утверждать, что все относительно постоянные нарушения правильного функционирования регуляционно-интеграционных механизмов являются результатом заторможенного развития. Характерные проявления недоразвития (незрелости) системы регуляции мы называем расстройствами личности. Они составляют общую основу всех видов нарушений личности, выделяемых в психиатрических классификациях. В этом случае основанием для выделения отдельных форм расстройств личности станут различия формирования отдельных принципов (типов) регуляции отношений с окружением и отдельные виды патологических приспособительных и защитных механизмов, предохраняющих в большей или меньшей степени от потери системной способности к управлению.

По мере социального развития индивида происходит постепенное развитие познавательных структур, или высших механизмов регуляции, к которым переходит контроль над инстинктивно-эмоциональными механизмами; благодаря этому поведение становится более организованным, упорядоченным и целесообразным. Соотношение этих двух уровней регуляции определяет динамику поведения человека. Вследствие неправильного протекания процесса социализации происходит недоразвитие познавательных структур, поэтому сохраняется функциональное преобладание инстинктивно-эмоциональных механизмов, типичное для детского возраста. В результате этого не формируется механизм самоконтроля, понимаемого как функциональное преобладание познавательных структур над инстинктивно-эмоциональными [Reykowski,

1973b]. Эффективный самоконтроль зависит от степени развития обоих типов механизмов регуляции. Так возникает эмоциональный тип управления поведением [Kofta, 1974], при котором влечения и эмоциональные процессы без учета последствий подчиняют себе всю деятельность индивида. Низкий уровень развития инстинктивно-эмоциональных механизмов, описываемый многими авторами как эмоциональная незрелость [Gerstmann, 1963; Jersild, 1971; Kofta, 1974; Mazurkiewicz, 1958; Saul, 1947], психическая незрелость [Krasowska et al., 1963], недоразвитие чувств [Duche, 1967] или незрелая личность [Aeppli, 1954], проявляется: 1) низким уровнем организации эмоциональных функций, т. е. форм выражения или ослабления («разрядки») переживаемых эмоций; 2) отсутствием способности к модулированию эмоциональных реакций (при этом реакции отличаются бурным, взрывным характером и не соответствуют силе раздражителя и ситуации); 3) сильной (с учетом межкультуральных различий) эмоциональной экспрессией в сфере мимики, пантомимики и вокализации (громкость, высота и тембр голоса); 4) малым разнообразием эмоций (скудный спектр переживаний); 5) нетерпимостью к отсрочке (неумение отложить по времени непосредственное удовлетворение влечений и потребностей); 6) неограниченными требованиями («ненасытность», стремление безоговорочно подчинить все своим потребностям); 7) невозможностью переносить отрицательные, сильные и длительные эмоции во имя высших целей; 8) потребностью постоянных перемен (отсутствие перспективных целей); 9) сосредоточенностью на настоящем (отсутствие перспективного временного мышления); 10) искажением действительности под влиянием переживаемых эмоций [так называемое мышление пожеланиями [Kofta, 1974; Reykowski, 1973b]. Многие авторы, кроме того, причисляют сюда непостоянство и слабость чувств, которые в отличие от эмоций определяются как «отношение субъекта к определенным лицам» [Reykowski, 1975b].

Описанные свойства, свидетельствующие в зависимости от степени выраженности об отсутствии или слабости самоконтроля, являются общими для различных типов расстройств личности, в том числе для истерической личности. Следует, однако, подчеркнуть, что проявлением расстройств личности могут быть также и чрезмерный самоконтроль или постоянные полярные колебания его. На основании клинических наблюдений можно сделать вывод, что истерическая личность характеризуется низкой степенью самоконтроля, что выражается в отсутствии механизма, контролирующего эмоции, и в несоответствии поведения объективным условиям. Эмоциональным контролем называется способность индивида адекватно выражать свое эмоциональное состояние в зависимости от ситуационного контекста (т. е. как подавлять, так и свободно выражать эмоции). По мнению Brzezinski (1973), эмоциональный контроль должен отличаться пластичностью, приспособляемостью и возможностью выбора оптимального поведения. Механизм эмоционального контроля формируется под влиянием трех факторов: 1) свойств центральной и периферической нервной системы; 2) эмоциональных реакций, усвоенных на протяжении индивидуального развития; 3) культурных норм и эталонов, которые определяют, какого рода эмоциональное поведение значимо в данной среде. Интересно было бы исследовать, в какой степени отсутствие эмоционального контроля у индивидов с истерическим типом личности является результатом образования так называемых механизмов разрядки («выученные» виды эмоционального поведения, приводящие к разрядке чрезмерного возбуждения в системе регуляции или к снижению слишком высокого уровня активации) и патологических приспособительных механизмов

инструментального характера (например, выраженная эмоциональная экспрессия может повышать эффективность истерических манипуляционных механизмов; см. раздел 4.9). Эта гипотеза требует эмпирической проверки. Что касается второго компонента, ослабляющего систему самоконтроля,— несоответствия предпринимаемых действий объективным условиям, то он вытекает из нарушения регуляционной функции познавательных структур за счет эмоционально-мотивационного напряжения, возникшего в результате возбуждения инстинктивно-эмоциональных механизмов или познавательной системы. Искажающее влияние эмоций и мотивов на познавательные процессы, типичное, впрочем, не только для истерической личности, становится тем больше, чем ниже уровень развития познавательных структур, что связано с соответствующим функциональным преобладанием ИЭМ над ПС и пропорционально усиленным продуцированием эмоционально-мотивационного напряжения познавательными структурами.

Расстройства личности — это расстройства развития системы регуляции. Поскольку способ осуществления интеграционно-регуляционных функций познавательной системой зависит от ее формальных (степень стабильности, сложности и эластичности) и функциональных (стандарты регуляции) свойств, а также от ее информационного содержания, то можно полагать, что недоразвитие познавательных структур будет выражаться в виде определенных (отчасти универсальных, отчасти характерных только для данной формы нарушения личности) изменений всех, некоторых или отдельных ее свойств. В соответствии с регуляционной теорией личности Reukowski следует полагать, что следствием недоразвития познавательной сети (ПС) будут: 1) узость сферы отражения действительности и низкая степень ее структурализации; 2) нестабильность отражения действительности; 3) малое число элементов и отношений между ними (скудное информационное содержание); 4) однообразие и узость сферы норм; 5) низкий уровень организации структур (слабая иерархизация, недостаточная сложность, невысокая степень интеграции). Задержка в развитии цельностной сети (ЦС) проявляется отсутствием автономной системы ценностей, а также недифференцированным и упрощенным принципом оценки (например, по схеме хорошо — плохо), а в развитии оперативной сети (ОС) — отсутствием правильно выработанных способов переработки информации и программирования деятельности (алгоритмов и эвристик). Основная форма нарушения функционирования ПС, ЦС и ОС — это генерирование чрезмерного эмоционально-мотивационного напряжения в познавательной системе. Наиболее существенные различия между разными типами расстройств личности определяют структурой «я» (СЯ)—особой подсистемой познавательной сети, выполняющей функцию главного центра регуляции и интеграции поведения индивида. Кроме того, интегрирующая функция СЯ тесно связана с сознанием, что в свою очередь подкрепляет ее главенствующую роль по отношению к другим структурам познавательной системы. Недоразвитие СЯ приводит прежде всего к: 1) ослаблению чувства тождества; 2) отсутствию чувства контроля над собой и своим окружением; 3) нарушению чувства собственной ценности и самооценки; 4) задержке распространения собственного «я». Вследствие этого происходит чрезмерная «активизация я» [сосредоточение на себе; Paszkiewicz, 1974], и в конечном итоге СЯ начинает функционально преобладать над остальными подсистемами регуляции. С учетом важности проблемы детальный анализ функционирования СЯ у истерической личности излагается особо (см. раздел 4.8).

В общем можно сказать, что истерическая личность характеризуется низким уровнем организации познавательных процессов, что выражается особыми свойствами содержания, формы и функции познавательных структур. Содержание отражает узкий участок окружающего мира. С точки зрения формальных особенностей познавательные структуры отличаются нестабильностью, ригидностью (отсутствие способности внутренней реорганизации под влиянием новой информации) и несложностью (применение простых правил кодирования и переработки информации). Для правильного функционирования системы регуляции необходимы относительная стабильность (постоянство), эластичность [«открытость»; Milska, 1976] и сложность познавательных структур. В то же время простые познавательные структуры, чтобы сохранить способность системы к управлению, функционируют на основе других несложных принципов, например по схеме «все или ничего». У истерической личности регуляционные функции познавательной системы основаны на принципе черное — белое, т. е. на разделении действительности по критерию противопоставления (например, хорошее — плохое, правильное — неправильное, приятное — неприятное и т. п.). Этот тип регуляции отношений с окружающими проявляется (особенно в трудных ситуациях) в виде сильной «активизации я», возбуждения инстинктивно-эмоциональных механизмов и чрезмерного роста уровня активации. На полярное видение мира у больных с истерическим типом личности, которое проявляется поляризацией мнений, суждений и установок, обращают внимание многие психиатры [Jakubik, 1976a; Kgpinski, 1977b; Verbeek, 1973]. У таких людей, как обнаружили исследования Frenkel-Brunswik [Milska, 1976], проявляется так называемая нетерпимость к многозначности, которая заключается в невозможности признать одновременно существование отрицательных и положительных свойств одного и того же объекта. Кроме того, у них проявляются отчетливая тенденция к принятию «черно-белых» решений проблем, вытеснению неоднозначных аспектов своего опыта, преждевременному формулированию оценочных мнений, стремление к полному однозначному одобрению со стороны окружающих, игнорирование лиц, обманывающих эти ожидания. Нетерпимость к многозначности расценивается как показатель низкого уровня познавательной сложности [Foxman, 1976]. Типичное для истерической личности «полярное ориентирование» является первичным принципом функционирования познавательной системы, который обеспечивает быстроту и эффективность действий менее зрелых индивидов [Lewicka, 1975].

Основной фактор, дифференцирующий расстройства личности, — это индивидуальный, специфический тип формирования познавательных структур индивида, как в аспекте их содержания, так и формы. С клинической точки зрения эта дифференцировка основана главным образом на различии принципов функционирования системы регуляции. Интересно объясняется «полярный» принцип регуляции познавательной системы в концепции Lewicka (1975, 1977). Автор разделяет информацию, поступающую в познавательную систему, на две основные категории: информацию об объективных свойствах предметов и явлений, содержание которых относительно независимо от оценочного (субъективного) отношения субъекта к объекту, и информацию о ценности предметов и явлений. Ценность объекта имеет относительный характер, поскольку является функцией неудовлетворенной в данный момент потребности или вытекает из сопоставления свойств объекта с системой норм и ценностей, признаваемых субъектом. Ориентировка в показателях ценности позволяет индивиду оценить, полезны ли ему окружающие объекты (к ним можно

стремиться) или вредны (их следует избегать). Информацию о ценности Lewicka (1977) предлагает называть эвальвативной, или аффективной, информацией, а информацию об объективных чертах действительности — дескриптивной, или объективной, информацией. По Osgood и соавт. (1957), первый вид информации составляет так называемое конотационное значение понятия (аффективный компонент установки), второй — денотационное значение (познавательный компонент установки). Obuchowski (1970) также выделяет два типа информации — эмоциональный (о ценности) и объективный. Следует добавить, что существует относительная пропорциональность воспринимаемой эвальвативной и дескриптивной информации, поляризация которой происходит только в патологии; кроме того, информация (например, о людях) может быть в равной мере как эвальвативной, так и дескриптивной. Восприятие эвальвативной информации зависит от многих факторов, в том числе от того, насколько данный объект значим, важен (удовлетворяет потребности), эмоционален, от ситуационных особенностей возбуждаемых эмоций, оценочной установки субъекта. У истерической личности эвальвативная ориентация доминирует. Согласно взглядам Lewicka (1977), развитие познавательных структур заключается в переходе от конструкции (навязывания собственных оценочных представлений) к реконструкции (отражение объективной структуры явлений) действительности. В связи с необходимостью эффективного приспособления индивид может пользоваться объективной или аффективной ориентацией. Постоянное сохранение аффективной ориентации, направленной на восприятие эвальвативной информации, следует признать проявлением более низкого уровня развития познавательных структур. Однозначному, оценочному отражению действительности (по схеме хорошее — плохое) способствует также характерная для эмоционального процесса тенденция к самоподдержке [Reykowski, 1974]. Lewicka (1977) выдвигает мнение о том, что в зависимости от вида ориентации поступающая информация по-разному интегрируется ПС: аффективная ориентация руководствуется принципом эвальвативного соответствия, а объективная — принципом дескриптивного соответствия. Интегрирование информации по принципу эвальвативного соответствия (соответствие информации, описывающей данный объект, с ценностной точки зрения) может происходить в двух основных формах: 1) отвергания оценочно не согласующейся информации, т. е. многозначности объектов, и 2) оценочного составления мнений о чертах объектов и явлений, когда налицо другие свойства. В первом случае индивид ликвидирует имеющееся информационное расхождение, манипулируя своим представлением об окружающем мире, восстанавливая таким образом состояние эвальвативного соответствия, что снижает уровень активации. Во втором случае человек, стремясь к большей однородности своих представлений о мире при сохранении эвальвативного соответствия, составляет мнения оценочного типа, в которых приписывает объекту ценностные свойства, соответствующие тем, о которых уже имеется информация (например, располагая информацией о ком-то, кто умен, приписывает ему также и другие положительные черты). Клинические наблюдения подтверждают наличие обеих форм интегрирования информации у больных с истерическим типом личности [Kepinski, 1977b]. Таким образом, принцип оценочного (эвальвативного) соответствия — это общее правило функционирования ПС у истерической личности, однако эта гипотеза нуждается в эмпирической проверке.

4.7. Защитные механизмы и механизмы разрядки

Истерия
Якубик А.

Регуляционная теория личности Reykowski — это вариант познавательной концепции человека. Познавательные теории личности [Bieri et al., 1966; Harvey et al., 1961; Kelly, 1955; Schroder et al., 1967] в отличие от теорий, которые регулятором поведения считают только механизмы влечений и эмоций, предполагают существование особой мотивации, возбуждаемой на уровне познавательных структур. Эта мотивация возникает благодаря сопоставлению поступающей информации с информацией, закодированной познавательными структурами на основании индивидуального опыта. Свойством возбуждать мотивацию обладает информационное несоответствие (различие в содержании, касающемся одного и того же состояния вещей) в форме расхождения между поступающей и закодированной информацией, а также среди поступающей или закодированной информации [Lukaszewski 1974], т. е. противоречивая, новая, разнородная, неточная, многозначная или сложная информация [Lewicka, 1977]. Согласно теории познавательной мотивации, поведение человека может быть направлено на ликвидацию информационного несоответствия или на его увеличение. Ведь направление поведения зависит от степени влияния информационного несоответствия на повышение или понижение общего уровня активации в коре головного мозга. Любое информационное несоответствие усиливает активацию коры и периферической нервной системы, а в результате этого увеличивается напряженность эмоционального процесса и происходит возбуждение мотивации. Человек стремится сохранить оптимальный уровень активации (функциональное равновесие системы регуляции). Если исходный уровень активации был низким, то информационное несоответствие повышает его и эффективность регуляционных функций познавательной системы возрастает. В свою очередь если информационное несоответствие уже вызвало усиление активации до оптимального уровня, то каждое следующее несоответствие вызывает сверхоптимальную активацию, в связи с чем степень нарушения регуляционных функций возрастает [Lukaszewski, 1974]. Концепция континуума активации и криволинейной зависимости между уровнем активации и уровнем сознания [Lindsley, 1957] предполагает возникновение сниженного уровня сознания (сужение сознания) вследствие сверхоптимальной активации, что приводит к нарушению регуляционно-интеграционных функций личности (например, в форме сниженной эффективности действий), а в результате — к дальнейшему информационному несоответствию и повышению активации. Эта положительная обратная связь между уровнями информационного несоответствия, активации и сознания объясняет, по мнению Lukaszewski (1974), повышение или снижение функциональной эффективности процессов регуляции. Одновременно три перечисленных элемента соединяет отрицательная обратная связь, которая обеспечивает поддержание равновесия в системе регуляции. Так, уменьшение информационного несоответствия вызывает снижение уровня активации, уменьшение периферического возбуждения, снижение эмоционального напряжения и смену окраски эмоций с отрицательной на положительную (отрицательный характер эмоций связан со сверхоптимальным или слишком низким уровнем активации).

Многочисленными экспериментальными исследованиями, которые были проведены представителями теории познавательного равновесия [Festinger, 1957; Heider, 1958; Osgood et al., 1957; Rosenberg, Abelson, 1960] и теории познавательного диссонанса [Fiske, Maddi, 1961; Haber, 1958; Hebb, 1970; Hunt,

1965], установлено, что в зависимости от индивидуальных различий оптимального уровня активации и вида ситуации наиболее эффективное функционирование системы регуляции может сочетаться как с отсутствием, так и с определенным оптимальным уровнем информационного несоответствия. В связи с тем что мотивация — это криволинейная функция уровня активации [Hebb, 1965], т. е. напряженность мотивационных процессов падает при чрезмерном росте активации, небольшое (нужное для достижения оптимального состояния) и очень большое несоответствие информации не побуждает или даже тормозит поведение, направленное на ликвидацию несоответствия. Lukaszewski полагает, что существуют две основные формы уменьшения несоответствия: изменение поступающей информации и (или) изменение закодированной информации. В первом случае изменяется окружающее, во втором — личность (изменяются познавательные структуры). Автор полагает, что степень информационного несоответствия и присущий ей вид поведения составляют континуум, который после незначительного видоизменения можно представить следующим образом: 1) отсутствие расхождений (информационное соответствие)—поступающая информация включается в существующие познавательные структуры; 2) малое несоответствие — хорошо переносится, тенденции к ликвидации и уменьшению его нет; 3) умеренное несоответствие — видоизменение поступающей информации (при помощи защитных механизмов); 4) значительное несоответствие — частично изменяется поступающая информация, а частично — закодированная; 5) очень большое несоответствие — изменение существующих познавательных структур; 6) критическое несоответствие — потеря мотивации к устранению несоответствия [Lukaszewski, 1974]. С точки зрения эффективности психотерапии было бы важно изучить, какой уровень и вид информационного несоответствия и в каких ситуациях [например, при индивидуальной и (или) групповой психотерапии] способствует толерантности к несоответствию, включению защитных механизмов и прежде всего изменению познавательных структур (изменение установок) у больных с расстройствами личности.

Вследствие отсутствия эмпирических исследований истерической личности, базирующихся на предложенных нами теоретических принципах, остается невыясненным, вытекает ли легкость, с которой личности такого типа превышают оптимальный уровень активации, из их низкого по сравнению с другими лицами оптимума активации или же уровень активации у них высокий и лишь чрезмерная реактивность обуславливает необычайно быстрый рост активации у них. Кроме того, важную роль в сверхоптимальном росте активации могут играть: оценочный тип информационного несоответствия; сильное активирующее влияние отсутствия информации, поддерживающей структуру «я», т. е. чрезмерная «занятость собою» (см. раздел 4.8); недоразвитие познавательных структур; предпочтение одного из видов устранения несоответствий (например, защитных механизмов) и т. п. Низкий уровень развития познавательной системы затрудняет устранение несоответствий путем изменения закодированной информации либо степень несоответствия, необходимая для такой перестройки, такова, что чаще всего вызывает сверхоптимальный рост активации. В этой области существует еще много нерешенных вопросов.

Мы не обладаем систематизированными знаниями о защитных механизмах. Отсутствие даже общепринятой классификации и дефиниций по этой теме [Grzegolowska, 1976a], а нередко и попытки экспериментального исследования защитных механизмов [Maruszewski, 1977] принесли спорные выводы, которые

скорее углубили, чем прояснили, имеющиеся сомнения. Психоаналитическая концепция (см. раздел 3.1) носит отчетливо неоперационный характер и потому не пригодна для эмпирической проверки. В этой ситуации эвристически наиболее ценной можно считать познавательную теорию защитных механизмов, предложенную Grzegolowska (1976). Включение защитных механизмов в рамки познавательной теории личности и теории активации дает возможность объединить существующие взгляды и полученные данные. Стремясь устранить информационное несоответствие, которое вызывает сверхоптимальную активацию и как следствие сильные отрицательные эмоции (страх), индивид предпочитает средства, которые деформируют поступательную информацию, стараясь любой ценой не допустить изменения существующих познавательных структур. Для этой цели прежде всего используются защитные механизмы, усвоенные в процессе индивидуального развития. Защитные механизмы, по-видимому, уменьшают лишь информационное несоответствие, связанное со структурой «я» (например, поступление информации, противоречащей «реальному я» или «идеальному я») в случае, если величина несоответствия вызывает страх. Защитный механизм — это «познавательный процесс, который характеризуется нарушением восприятия или преобразования информации и в случае сверхоптимальной активации тревожного характера» [Grzegolowska, 1976b]. Действие защитных механизмов можно обнаружить по нарушению функционирования познавательных структур и (или) падению уровня активации [Maruszewski, 1977]. Функция механизмов осуществляется вследствие такого нарушения познавательных процессов, которое вызывает снижение активации до оптимального уровня. Эта концепция была опубликована в 1967 г Leder (1970).

Grzegolowska (1976b) выделяет защитные механизмы, которые состоят в нарушении поступления информации за счет повышения порога чувствительности к данному роду информации, чтобы не допустить восприятия (появления в сознании) или затруднить его. К этой группе относятся так называемая перцептивная защита [Bruner, Postman, 1947], появляющаяся при несоответствии поступающей информации закодированной, а также вытеснение, когда имеется несоответствие внутри закодированной информации. Более сознательное искажение несоответствующей информации проявляется в форме подавления (избегание информации, возбуждающей отрицательные эмоции) или отрицания (информации о неприятных событиях, которые имели место). Общий принцип — это удаление несоответствующей информации из сферы сознания. Вторая категория защитных механизмов характеризуется нарушением переработки информации за счет ее перестройки или переоценки. Перестройка (реструктуризация) проявляется в виде проекции (приписывание другим собственных, неприятных для себя черт), т. е. исключается определенная информация, закодированная в собственной познавательной структуре; интеллектуализации — ограничение лишь объективным, а не эмоциональным аспектом информации; изоляции — неприменение к себе содержания несоответствующей информации, касающейся собственного «я» или значимых лиц. Переоценка заключается в искажении содержания информации и в придании ей нового значения, что выражается в форме рационализации (выдвигание «обоснованных» мотивов и причин своего поведения, хотя на самом деле оно не имеет рационального или социально приемлемого обоснования), инсценированной реакции (декларируются мотивы и позиции, обратные переживаемым на самом деле), «искупления» (изменение моральной оценки поступка при раскаянии в нем) и фантазирования (воображаемое обладание желанными ценностями и достижение желанных целей, которыми в

действительности субъект не обладает и которых не достигает). Представляется сомнительным (на что, впрочем, обращает внимание и автор) причисление идентификации и интроекции (интернализации) к числу защитных механизмов (на том основании, что их результатом является снижение информационного несоответствия), поскольку они представляют собой процессы развития, а не защиты познавательных структур. В рамках описанной теоретической модели также нельзя интерпретировать регрессию, компенсацию и транспозицию, которые многие авторы считают важными защитными механизмами [White, Gilliland, 1975]. Требуем пересмотра основная гипотеза, согласно которой защитный механизм — это выученный стереотип функционирования познавательной системы, который служит снижению страха и восстановлению оптимального уровня активации. Ведь существует альтернативная возможность расценивать защитные механизмы, хотя бы некоторые из них, как дефекты познавательных функций или «ошибки восприятия» в результате сверхоптимальной активации [Grzegolowska, 1976].

Вытеснение и регрессия были основой фрейдистской концепции патогенеза истерии [Freud A., 1936; Fenichel, 1945], а также истерического характера [Marmor, 1953]. В настоящее время взгляды в этом отношении расходятся, тем более что психоаналитическая концепция не может быть эмпирически верифицирована. В то же время этому требованию отвечает познавательная теория защитных механизмов, согласно которой действие данных механизмов можно выявить при помощи, например, исследования различия между периферическими и центральными показателями уровня активации Maruszewski, 1977]; это открывает конкретные методологические перспективы исследований истерической личности и истерического невроза. Среди защитных механизмов особенно важную роль играет фантазирование, поскольку оно выполняет не только защитную функцию, но и обладает высокой ценностью в качестве вознаграждения (в сфере мечтаний происходит удовлетворение неосуществленных желаний и значительное отождествление с «идеальным я»). Кажется, этот механизм у истерической личности проявляется в двух формах: защитного механизма в узком смысле слова, т. е. «бегства» в мир фантазии, где происходит осуществление неудовлетворенных потребностей, и в виде манипуляционного механизма (см. раздел 4.9), который служит укреплению чувства контроля над окружающими и чувства собственной ценности (в результате «публичного» фантазирования предполагается добиться одобрения общества). Обе формы фантазирования благодаря значительной вознаграждающей ценности фиксируются путем научения. В зависимости от ситуации каждый индивид приводит в действие разнообразные защитные механизмы, но они носят лишь преходящий характер. При расстройствах личности из-за того, что человек не может научиться реалистически и адекватно справляться с ситуациями, т. е. из-за слабости нормальных приспособительных механизмов, происходит фиксирование механизмов, нарушающих прием и переработку информации. Так, защитные механизмы становятся господствующей формой приспособления, обеспечивающей на разный период более или менее эффективно сохранение функционального равновесия системы регуляции. Относительно постоянные формы поведения, обусловленные действием защитных механизмов, в литературе часто определяют термином «невротическое поведение» [Obuchowski, 1976]. Проявлением патологии следует также считать постоянное использование только одного из многочисленных защитных механизмов. Что касается истерической личности, то эти вопросы до сих пор

остаются неисследованными.

Особый вид регуляции оптимального уровня активации составляют так называемые механизмы разрядки. Часть возбуждения, возникающего в системе регуляции, как в инстинктивно-эмоциональных, так и в познавательных структурах, вызывает появление экспрессивных действий (поведения). Значительное напряжение экспрессивных действий, вероятно, уменьшает степень возбуждения регуляционных механизмов (разряжающее действие), таким образом снижаются эмоциональное напряжение и уровень активации. Согласно теории научения, эффективное снижение эмоционального напряжения и уровня активации носит характер подкрепления и поэтому фиксирует данный вид деятельности, что приводит к формированию особых механизмов разрядки. В результате научения образуются индивидуальные, типичные для данного субъекта виды разряжающего поведения, описываемые в литературе как эмоциональное поведение [Reykowski, 1974], реагирование [Cameron, 1963], поведение типа «дать выход...» [Milman, Goldman, 1973]. Разряжающим действием могут обладать физические действия, требующие большой энергии [например, борьба, танец; Meerloo, 1959], сильная эмоциональная экспрессия (чрезвычайно живая мимика и пантомимика), агрессивные действия (физическая и словесная агрессия), поведение, приводящее к нарушению норм, сексуальные функции, пищевые функции (чрезмерная еда), речевое поведение (например, признания, рассказ). Механизмы разрядки участвуют также и в возникновении психологической зависимости от алкоголя, лекарственных препаратов или наркотиков. Слабость концепции механизмов разрядки заключается в том, что до сих пор неясен принцип их действия. В частности, неизвестно, носит ли снижение напряжения центральный характер или периферический (например, за счет утомления соответствующих функциональных элементов), а также в какой степени периферическое возбуждение может влиять на уровень активации [Lukaszewski, 1974].

У истерической личности действие механизмов разрядки проявляется некоторыми характерными формами поведения, например: чрезмерной живостью мимики и пантомимики, «болтливостью», тенденцией к интимным признаниям («внутренний эксгибиционизм»; Verbeek, 1973), агрессивными действиями (пресловутое «битие посуды») и т. п. Однако у лиц такого типа причинные факторы эмоционального поведения следует оценивать с большой осторожностью хотя бы потому, что перечисленные действия обычно являются средствами, повышающими степень контроля над окружающими, так что их следовало бы скорее включить в модель манипуляционных механизмов (см. раздел 4.9). Возможно, многие виды такого поведения являются результатом действия обоих механизмов.

4.8. Структура "я"

Истерия
Якубик А.

Как уже несколько раз подчеркивалось, одной из основных, а у истерической личности доминирующей структурой познавательной системы является структура «я»¹, составляющая главный центр интеграции и регуляции поведения человека. Структура «я» формируется под влиянием опыта, связанного с собственной личностью, т. е. объединяет широкий круг

информации, касающейся внутреннего состояния, физических свойств, способностей и навыков, потребностей, установок и положения среди окружающих, течения и результатов деятельности, а также оценок, которые социальное окружение дает индивиду [Reykowski, 1970a]. На основании информации, закодированной в этой особой подсистеме, внутренний мир («я») дифференцируется от внешнего («не-я») г т. е. формируется различие между понятием собственного «я» и понятием окружающей действительности (картиной мира). Основная регулирующая роль структуры «я» заключается в том, что она составляет источник мотивации к действиям, направленным на защиту, поддержание и развитие собственной личности. Каким образом структура «я» выполняет интегрирующую и регулирующую функции, зависит от ее содержания, формальных и функциональных свойств. Кроме структуральных свойств, характерных для системы регуляции в целом, величина продуцируемого структурой «я» эмоционального возбуждения и мотивационного напряжения обусловлена также конституциональным (индивидуальная реактивность) и ситуационным (степень контроля ситуации индивидом) факторами. Возбуждение мотивации — это результат информационного несоответствия, в частности, несоответствия особого рода, которое возникает в отсутствие поступления так называемой поддерживающей (подтверждающей) понятийное содержание структуры «я» информации. Для более близкого знакомства с принципами функционирования структуры «я» следует кратко обсудить теорию познавательной мотивации [Reykowski, 1970b, 1972b, 1975f, g], принципов которой мы придерживаемся в настоящей работе [Atkinson, 1965; Gofe, Appley, 1972; Mad-sen, 1959]. Мотивация приводится в движение как инстинктивно-эмоциональной, так и познавательной системой. Условиями возникновения мотивационного (в смысле мотивации к устранению информационного несоответствия) процесса являются возникновение эмоционального возбуждения и наличие информации о величине и направлении несоответствия [Lukaszewski, 1974]. Мотивационный процесс — это «процесс регуляции, который выполняет функцию управления действиями так, чтобы они приводили к достижению определенного результата (цели)» [Reykowski, 1975g, с. 24]. Мотивация для достижения определенного результата (M_i) — это функция полезности этого результата (U_i), а также субъективной вероятности достижения результата (P_{si}), что можно представить в виде уравнения:

$$M_i = f(U_i, P_{si}),$$

{ i — определенное состояние вещей), из чего следует сделать вывод, что напряженность мотивации изменяется параллельно изменению полезности и вероятности (например, если полезность или вероятность равны нулю) [Reykowski, 1975g]. Достижение результата (цели) вызывает снижение или полное исчезновение мотивации, чему сопутствуют положительные эмоции. Напряжение мотивации определяют три взаимосвязанных параметра: 1) сила мотива — выраженность способности «отключать» конкурирующие мотивы (сильная мотивировка обеспечивает сопротивляемость стрессу и упорство в достижении цели); 2) величина мотива — масштаб результата, необходимый для удовлетворения мотива; 3) интенсивность мотива — уровень мобилизации организма, требующийся для достижения цели (количество энергии и связанный с этим уровень возбуждения, необходимые для достижения данного результата). Напряженность мотивации может также изменяться под влиянием общего состояния организма. По Reykowski (1975g), полезность определенного результата зависит от величины мотивационного напряжения и

соответствующей этому напряжению ценности вознаграждения, что можно выразить формулой:

$$U_i = f(N_i, G_i)$$

где U_i — полезность результата, т. е. состояние вещей, которое непосредственно или косвенно приводит к уменьшению определенного мотивационного напряжения; N_i — мотивационное напряжение (своеобразная реакция системы регуляции на нарушение равновесия в какой-либо подсистеме); G_i — ценность вознаграждения (способность данного состояния вещей уменьшать мотивационное напряжение).

Низкий уровень развития познавательной системы, характерный для истерической личности, проявляется также недоразвитием структуры «я» в сфере ее трех основных свойств: 1) содержания — необъективное «реальное я» и чрезмерно идеализированное «идеальное я» в сочетании с нереальным («желаемым») представлением о мире; 2) формы — нестабильность (непрочность), жесткость (неподверженность внешним влияниям из-за недостаточных возможностей внутренней реорганизации), низкая степень сложности (интегрирование информации по принципу оценочного соответствия); 3) функции — слабое чувство тождества, нарушение чувства собственной ценности и нереалистическая самооценка, слабое чувство самоконтроля и контроля над окружающим миром. Общая схема функционирования структуры «я» соответствует виду регуляции, который определяется всей познавательной системой, т. е. он протекает по принципу «черное — белое» («двоичный» принцип регуляции) и по принципу оценочного соответствия (см. раздел. 4. 6). Если интеграционно-регуляционные функции системы основываются на этих двух принципах функционирования, то это свидетельствует о незрелости структуры «я» у истерической личности.

В ходе онтогенетического развития формируются определенные «потребности я». Если они не удовлетворены, то приводят к нарушению внутреннего равновесия структуры «я» и тем самым всей системы регуляции. Имеются три фундаментальные «потребности я»: потребность сохранения тождества (интегрального «я»), потребность сохранения собственной ценности и потребность сохранения контроля (над собой и окружающими) [Reykowski, 1976d]. Чувства тождества, собственной ценности и контроля являются особыми свойствами функционирования структуры «я» в познавательной системе, от них зависит выполнение интеграционно-регуляционных функций. «Потребности я» проявляются в большей или меньшей необходимости получения поддерживающей информации, т. е. поддерживающей понятие собственного «я», картину мира, взаимоотношение «я — мир» и соответствующей им. В зависимости от индивидуальных различий информация обладает различным поддерживающим значением. Более низкий уровень развития структуры «я» отчетливо повышает потребность индивида в информации такого рода. Истерические личности обнаруживают постоянную неудовлетворенность усиленных «потребностей я» и низкую переносимость недостатка поддерживающей информации. Отсутствие поддерживающей информации, как и поступление информации, противоречащей закодированной структурой «я», вызывает сильное эмоционально-мотивационное напряжение и значительный рост активации, так как является формой информационного несоответствия. Отсутствие поддерживающей информации является причиной нарушений в

сфере чувств тождества, собственной ценности и контроля. Таким образом, информационное несоответствие описанного рода является угрозой для «я», а значит, и для всей системы регуляции (личности). При такой ситуации системой отсчета в действиях (поведении) индивида становится собственное «я». В этих случаях мы говорим о так называемом вовлечении «я», или сосредоточении на себе [Paszkievicz, 1974]. Вовлечение «я» — показатель степени эгоцентризма, который у истерической личности (см. раздел 4.10) выражен очень значительно. «Я» может быть вовлечено не только в угрожаемой ситуации, но также и с моментом предвкушения удовлетворения своих потребностей. Чем сильнее вовлекается структура «я», тем более выражена тенденция к избеганию несоответствия информации, тем сильнее отрицательная эмоциональная реакция, мотивационное напряжение, тем больше склонность устранять несоответствие за счет защитных или инструментальных механизмов [Milska, 1975]. Информационное несоответствие обычно устраняется при помощи: 1) избегания ситуации несоответствия; 2) изменения значения информации; 3) сомнений в истинности информации; 4) обесценивания источника информации (например, сомнение в компетентности лиц, являющихся источником информации; 5) принуждения окружающих к изменению информации; 6) избирательного подбора соответствующей информации; 7) отсутствия стремления к уменьшению несоответствия (исчезновение мотивации к его устранению) [Kaplan, 1975; Lukaszewski, 1974]. У истерической личности, в частности, из-за сильного вовлечения «я» проявляются две тесно связанные между собой тенденции: преобладание активного поиска поддерживающей информации над тенденцией к искаженному интерпретированию противоречащей информации и преобладание инструментальных (манипуляционных) механизмов над защитными механизмами. Ведь манипуляционные механизмы более эффективны в получении подтверждающей информации, чем защитные, которые в таких случаях обычно действуют по принципу признания в качестве истинной подтверждающей информации, а в качестве ложной — противоречащей информации [так называемый механизм самоподтверждения гипотез; Koziellecki, 1968]. Описанные тенденции являются следствием того, что недоразвитие познавательной системы и структуры «я» у истерической личности проявляется большей или меньшей неспособностью к внутренней реорганизации структур под влиянием информационного несоответствия, результатом чего является постоянное стремление к изменению окружения вместо соответствующих изменений информации, закодированной познавательными структурами. В период созревания индивида сосредоточение на собственной личности связано с типичным для этого этапа развития эмоционально-мотивационным напряжением из-за еще нестабильного ощущения собственного «я», что создает проблему тождества и затрудняет адекватный взгляд на отношения «я» — мир», а также самоконтроль поведения. Если после окончания периода созревания сохраняются нестабильность структуры «я» и нереалистичский образ мира, то это — проявление отставания в развитии познавательной системы и свидетельство незрелости личности [Jakubik, 1975d; Kepinski, 1974]. Продолжающиеся затруднения выделения «я» из окружающего проявляются нарушением чувства тождества. Многие авторы сообщают о нарушении тождества у истерических личностей [Rigotti, 1971; Ziegler et al., 1960], которое проявляется, в частности, в форме деперсонализации и дереализации [Weckowicz, 1970]. Неизвестно, в какой степени этот вид деперсонализации или дереализации вытекает из недостаточного чувства тождества, а в какой является результатом колебаний уровня сознания вследствие сверхоптимального роста активации. Вполне правдоподобно, что

характерные для истерической личности изменения уровня сознания облегчают также формирование бессознательным образом информационного синтеза [Jus K., — Jus A., 1963], что может быть основой появления поведения, не контролируемого структурой «я» (интеграционная активность структуры «я» носит прежде всего сознательный характер) и ощущаемого индивидом как чужое или непонятное. Нейрофизиологические и нейропсихологические исследования подтверждают мнение, что при небольшой сложности познавательных структур (например, преобладание конкретного уровня над иерархическим; Obuchowski, 1970) не происходит полной дифференцировки «я» и «не-я», а также «я» и «мир» [Lugia, 1976], что вызывает расстройство чувства тождества.

Результаты экспериментальных исследований, проведенных на основе концепции психологического дифференцирования Witkin, также указывают на трудность формирования чувства тождества истерической личности [Witkin, 1968]. По мнению Witkin, личность — это система, развитие (возрастание дифференцированности структур) которой состоит в постепенном переходе от гомогенного к гетерогенному состоянию, что проявляется формированием следующих свойств: 1) функциональной специализации отдельных элементов системы и их относительной независимости друг от друга; 2) выделением системы из окружающего мира, т. е. переходом от поведения, управляемого извне, к поведению, управляемому изнутри; 3) усложнением интеграции элементов системы [Witkin et al., 1962]. В связи с этим Witkin различает так называемую глобальную («зависимую от поля») личность, которая отличается относительной гомогенностью, малой специализацией отдельных функций, невыраженным чувством собственного отличия от окружения (недостаточное чувство тождества) и несложной интеграцией, и так называемую дифференцированную («независимую от поля») личность (гетерогенная личность). Различие между глобальной и дифференцированной личностью проявляется, например, в сфере восприятия как «зависимость» или «независимость» от поля. При «зависимом от поля» типе восприятия действительности восприятие определяется общей организацией поля, а его составные элементы с трудом выделяются из общего фона; в свою очередь при «независимом от поля» типе восприятия сложного комплекса раздражителей отдельные элементы легко дифференцируются. Поэтому недостаток чувства тождества своего тела или личности — это проявление «зависимости от поля». Экспериментальные исследования обнаружили, что истерическая личность — это глобальная личность [Witkin, 1968] с низкой степенью дифференцирования познавательных структур, что обуславливает у людей такого типа серьезные расстройства тождества (сопутствующие усилия к сохранению тождества у них незначительны), зависимость от других лиц и развивает неадекватные механизмы контроля поведения. По мнению Witkin (1968), глобальная личность мало склонна подвергаться психотерапевтическому воздействию.

В процессе развития структуры «я», кроме чувства тождества, формируется и чувство собственной ценности, т. е. убеждение в автономной ценности собственной личности и ожидание подтверждения этого убеждения от других людей и себя самого [Reykowski, 1976d]. Создание чувства собственной ценности происходит под влиянием поступления информации от социального окружения, признающего ценность индивида (например, в форме одобрения), его принадлежность и определенный статус в социальной группе, а также путем оценки положения «я» в ценностной сети и степени эффективности функций

регуляции структуры «я». Временное или постоянное изменение собственной ценности происходит в результате действительных изменений положения индивида или за счет изменения ценности других лиц и объектов, с которыми индивид себя сравнивает. Нормальная личность постоянно обнаруживает определенные небольшие колебания чувства собственной ценности. Для расстройства личности типична большая амплитуда этих колебаний или неправильное восприятие ценности «я» (завышенное или заниженное ощущение собственной ценности). Истерическая личность характеризуется завышенным ощущением собственной ценности [Jakubik, 1976a], благодаря чему возрастает потребность в поддерживающей информации и тем самым снижается толерантность к ее отсутствию и информации, противоречащей самооценке. Вследствие недоразвития структуры «я» стремление к сохранению, защите и повышению чувства собственной ценности становится доминирующей мотивацией поведения [Kaplan, 1975]. Обычно повышение собственной ценности происходит путем завоевания одобрения окружающих, расширения сферы обладания, силы и компетентности в результате воплощения потребности в достижениях. У истерической личности рост чувства собственной ценности происходит в тех случаях, когда удовлетворяется чрезмерная потребность в одобрении общества (например, завоевываются похвала, признание, симпатия или интерес со стороны других лиц) или преуменьшается чужая ценность (например, сомнение в компетентности, принижение значения или приписывание отрицательных черт другим людям), а также косвенным образом — при помощи повышения степени контроля над окружающими.

Чувство собственной ценности тесно связано с уровнем самооценки, понимаемой как предвидение сферы своих возможностей [Reykowski, 1970a]. Самооценка играет важную роль в регуляции поведения, поскольку, предпринимая любое (особенно длительное или требующее больших усилий) действие, человек всегда учитывает свои возможности. Ведь действия человека неразрывно связаны с процессами постановки гипотез и предвидения последствий явлений; гипотезы в ходе выполнения действия подвергаются проверке и в случае необходимости коррекции. Функции предвидения становятся особенно важными в новых, неизвестных и неустойчивых, ситуациях, при недостаточно освоенных действиях, отсутствии информации об условиях, в которых будет протекать деятельность. В этих случаях основой антиципации становится оценка собственных возможностей. В различных областях жизни индивида формируются соответственно различные самооценки. Возникновение одной лишь общей (глобальной) самооценки, т. е. отсутствие дифференцировки самооценок в зависимости от различных сфер деятельности человека, считается признаком патологии [Wylie, 1961]. Например, Rogers (1951) обнаружил общую самооценку (в смысле синтеза оценок собственной osoby) при расстройствах личности и неврозах. Истерическая личность также характеризуется лишь общей самооценкой, что, в частности, вытекает из «двоичного» (по типу «черное — белое») принципа функционирования познавательных структур у таких индивидов. Кроме того, у истерической личности общая самооценка завышена (тенденция к переоценке своих возможностей в различных ситуациях), т. е. нереалистична (неточна). В связи с завышенным уровнем самооценки индивид берется за задачи, превышающие его возможности, что в результате приводит к фрустрации и житейским неудачам. За счет этого часто увеличивается уже существующее информационное несоответствие (противоречие между завышенной самооценкой и оценкой индивида окружающими), поскольку данный человек подводит других людей,

вызывая или углубляя отрицательное мнение о себе. В связи с этим функции регуляции личности теряют свой нормальный приспособительный характер, т. е. перестают направлять поведение к достижению определенных целей и выполнению требований окружающей среды, и главной задачей становится снижение эмоционально-мотивационного напряжения, вызванного несоответствием такого рода. Для этой цели приводятся в действие мощные защитные и манипуляционные механизмы. Для истерической личности типичной формой поддержания нереалистической самооценки является устранение информационного несоответствия без его снижения (снижение должно происходить путем достижения реальных целей или снижения завышенной самооценки, т. е. за счет изменения окружающего мира или собственных познавательных структур), что выражается чувством обиды [Jakubik, 1975d], непонимания и недооценки со стороны окружающих [Lukaszewski, 1974]. Сохранению завышенной самооценки способствует также защитная склонность к восприятию пережитых неудач как менее значительных, чем они являются в действительности, и к обесцениванию достижений других лиц [Сгагу, 1966]. Кроме того, поддержание завышенного уровня самооценки происходит за счет того, что субъект добивается общего, не связанного с оценкой действительных достижений одобрения общества при помощи манипуляционных механизмов. Экспериментальные исследования доказали, что существует постоянная тенденция к поддержанию нереальных (завышенных или заниженных) самооценок, а у индивидов со слишком высокой самооценкой информационное несоответствие дополнительно усиливает эту тенденцию, вместо того чтобы ее снижать [Atkinson, 1965]. Эта парадоксальное явление проявляется довольно отчетливо у истерической личности. В этом случае постоянство завышенной самооценки связано также и с ригидностью структуры «я».

Источником завышенной, неправильной самооценки у истерической личности является своеобразное отношение между реальным «я» и идеальным «я». Реальное «я» возникает в результате самовосприятия, т. е. восприятия собственной личности по отношению к чему-то (главным образом по отношению к задачам, выполняемым индивидом) или к кому-то (сравнение себя с другими людьми), а также в результате восприятия исходящей из социального окружения информации, касающейся «я». Одновременно формируется «идеальное я», т. е. система понятий, описывающих желаемые и идеальные с точки зрения субъекта физические и психические свойства, которые обеспечивают достижение определенных целей (результатов). У нормальной личности функции регуляции выполняет либо структура «реального я» (поведение, направленное на защиту «реального я»), либо структура «идеального я» (цель — развития «я» в соответствии с идеальными представлениями). По мере развития личности возрастает регулирующее значение структуры «идеального я». Всегда существует определенное естественное расхождение между «реальным я» и «идеальным я», в нем — источник динамики развития личности. Если стандартом регуляции является «реальное я», то уменьшение несоответствия происходит аналогично устранению расхождения между «реальным я» и поступающей информацией. Если же стандартом регуляции служит «идеальное я», то возникает тенденция к устранению несоответствия путем видоизменения «реального я» таким образом, чтобы оно приблизилось к «идеальному я» [Lukaszewski, 1974]. Обычно это происходит путем изменения «реального я» по образцу «идеального я». Истерическая личность характеризуется изменением лишь значения содержания

«реального я» (без изменения на самом деле имеющихся свойств) в результате тенденциозной интерпретации информации и манипулирования оценками.

Это, по мнению Lukaszewski (1974), только кажущееся устранение несоответствия, которое требует постоянной активности для поддержания новой (полученной путем интерпретации) оценки собственной личности. Отсутствие изменений в поведении приводит к следующим несоответствиям «реального я» поступающей информации и вызывает необходимость вновь применять действия, устраняющие новые несоответствия информации.

В зависимости от того, будет ли стандартом регуляции «реальное я» или же «идеальное я», самооценка будет различной. В первом случае самооценка будет отражать ожидаемое (результат, который индивид рассчитывает достичь), во втором—желаемое (результат, который индивид хотел бы достичь). Уровень самоодобрения, или степень расхождения между «реальным я» и «идеальным я», обуславливает постоянство и точность самооценки. У лиц с высоким уровнем самоодобрения стандартом регуляции является «реальное я» и регулятором поведения служит ожидаемое, что выражается в стремлении к подтверждению ожидаемого с целью фиксирования «реального я» [Stras-Romanowska, 1975]. Недостаток самоодобрения приводит к переходу функций регуляции к структуре «идеального я», т. е. уровню притязаний. Истерическая личность отличается низким уровнем самоодобрения, поскольку чрезмерная идеализация «я» вызывает значительное расхождение между «реальным я» и «идеальным я». Таким образом, стандартом регуляции становится «идеальное я». Чрезмерная идеализация «я» определяет завышенный уровень притязаний, а тем самым—завышенную самооценку. В связи с этим у истерической личности проявляется своеобразный парадокс: отсутствует самоодобрение при одновременно завышенной самооценке. Восстановление равновесия системы происходит за счет уже описанного мнимого устранения несоответствия (видоизменения содержания «реального я» вместо изменения действительных свойств) за счет защитных механизмов. Это создает видимость самоодобрения и часто вводит в заблуждение даже опытных психотерапевтов. За счет защитного устранения несоответствия «реального я» «идеальному я» происходит также типичное для расстройств развития личности сближения желаемого с ожидаемым. Это сближение исключает корректирующее влияние ожидаемого на желаемое, что наблюдается у нормальной личности, когда достигнутый результат зависит от определенного взаимоотношения этих двух переменных величин. По Stras-Romanowska (1975), высокий уровень сходных ожиданий и притязаний типичен для детей и незрелых личностей, которые стремятся к достижению недостижимых (превышающих их потенциальные возможности) целей и у которых преобладает «идеальное я». Из-за этого у них постоянно существует несоответствие между реальными достижениями и желаемыми и ожидаемыми результатами. Чем выше самооценка и уровень притязаний, тем ниже порог толерантности к информационному несоответствию и тем сильнее мотивация к его устранению. Так возрастает степень вовлечения «я», или степень эгоцентризма. Ведь показатель эгоцентризма— это сила мотивации к решению так называемых личностных задач (поведение, направленное к поддержанию или достижению воображаемого, идеального состояния субъекта), выдвинутых несоответствием между «идеальным я» и поступающей или закодированной информацией о «я».

Reykowski (1974) в соответствии с концепцией Lewin (1963) определяет уровень

притязаний как предвидение возможных результатов планируемой деятельности, направленной на выполнение определенных задач. Уровень притязаний обуславливает соответствующую стратегию принятия решений [Kozielecki, 1977]. Он может быть адекватным, заниженным или завышенным по отношению к сфере возможностей индивида. По мнению Obuchowski (1961), неправильное соотношение трех переменных — притязаний, имеющихся способностей и требований окружения — является признаком неспособности и причиной невроза. Подобную позицию занимает Skorny (1972), который считает, что несоответствие притязаний реальным возможностям данного лица приводит к нарушению поведения. Эмпирические исследования обнаружили, что при расстройствах личности и неврозах отмечается повышенный ригидный уровень притязаний, сохраняющийся независимо от получаемых результатов [Atkinson, 1965; Obuchowski, 1961; Skorny, 1972]. Из клинического наблюдения вытекает, что при некоторых типах расстройств личности проявляется заниженный или нестабильный уровень притязаний [Jakubik, 1975d; Kgpinski, 1977a]. Истерическая личность характеризуется завышенным [Wysokinska-Gsior, 1975] и при этом относительно постоянным уровнем притязаний. Величина притязаний определяет уровень самооценки.

В соответствии с теорией Atkinson (1965) сила мотивации для выполнения задачи (достижения цели) является производной мотивации достижений и мотивации избегания неудач. У истерических личностей преобладают мотивации избегания неудач (страх поражения), особенно в ситуациях, где их могли бы сравнить с другими лицами или с принятыми стандартами. На основании результатов многочисленных экспериментальных исследований [Atkinson, 1965; Atkinson, Feather, 1966; Kozielecki, 1977; Los, 1971; Malewski, 1975; Reykowski, 1974; Skorny, 1970, 1972], особенно касающихся взаимозависимости уровня притязаний и мотивации избегания неудач, можно сделать вывод, что истерическую личность отличают следующие свойства: 1) склонность не браться ни за какие задачи, а при необходимости выбора — тенденция к предпочтению очень легких задач (перестраховка) или задач, значительно превышающих возможности личности (рискованные решения); 2) реакция на неудачу в виде повышения уровня притязаний; 3) получение плохих результатов в ситуации, когда окружающие оказывают давление с целью хорошего выполнения задания; 4) заниженная оценка субъективной вероятности успеха (достижения цели); 5) тенденция к повышению (непосредственно после принятия решения) заинтересованности выбранной возможностью и снижению заинтересованности отвергнутой возможностью; 6) зависимость от авторитетов и окружения; 7) легкость, с которой оставляют выполнение задания с момента появления возможности достижения других целей; 8) частое проявление иррационального упрямства в возобновлении попыток и в продолжении усилий к осуществлению задач, заведомо превышающих реальные возможности индивида; 9) диспропорция между уровнем притязаний и уровнем достижений; 10) постоянное стремление уменьшить страх неудачи (например, избегая ситуаций соперничества); 11) большая сила эмоционально-мотивационного напряжения и отсутствие толерантности к стрессу.

У истерической личности уровень притязаний превышает уровень достижений, что проявляется, в частности, тенденцией к принятию рискованных решений. Существуют три различные причины рискованных решений: 1) сиюминутный или постоянный страх (эмоциональное напряжение), определяющий

неадекватные притязания; 2) сильное стремление наилучшим образом выполнить задачу, вызывающее нереальную оценку своих возможностей; 3) неуверенность в своих возможностях, которая маскируется их переоценкой [Reykowski, 1974]. Для истерической личности наиболее правдоподобной представляется вторая возможность, хотя нельзя исключить взаимодействие всех трех факторов. Выяснение этого вопроса требует соответствующих экспериментальных исследований.

4.9. Истерические манипуляционные механизмы

Истерия
Якубик А.

Структура «я» служит не только источником мотивации для самоопределения, сохранения чувства собственного отличия и тождества, для подтверждения, защиты и повышения чувства собственной ценности, но также и мотивации для сохранения и повышения самоконтроля (предвидение собственных реакций и способность управлять самим собой), контроля над окружающим (способность вызывать в окружающем желаемые изменения и предвидеть ход событий). Информация, предполагающая возможность потери самоконтроля или контроля над окружающим, воспринимается как угроза для «я». Этот тип информации вызывает эмоционально-мотивационное напряжение, подобное тому, когда индивид теряет самоконтроль или контроль над окружающими, а также когда появляется неуверенность относительно распространенности этого контроля, что является признаком малоэффективной регуляции функции структуры «я». Таким образом, возникает сильная мотивация для устранения неуверенности, касающейся контроля, что выражается стремлением к самоутверждению. Недоразвитие структуры «я» вызывает трудности в сохранении ощущения контроля над собой и окружающим и тем самым повышает потребность в поддерживающей информации. Благодаря тесной взаимосвязи чувства тождества, собственной ценности и контроля повышение контроля, например над окружающим, приводит одновременно к подтверждению тождества и повышению собственной ценности. Поэтому задержка развития структуры «я» вызывает нарушения во всех трех сферах. Однако клиническая картина расстройств личности будет различной в зависимости от того, какой из видов будет преобладать: нарушение тождества (например, у шизоидной личности), нарушение чувства собственной ценности (например, у психастенической личности или у индивидов с маниакально-депрессивным психозом) или же расстройства чувства контроля (например, у истерической личности). На основании клинических наблюдений можно выдвинуть гипотезу, что регуляционная структура «я» у истерической личности проявляется прежде всего расстройствами в сфере психологического контроля над окружающим миром. Стремясь сохранить определенный уровень контроля над окружением и чувство контроля (независимо от реальных возможностей контроля), необходимое для поддержания функционального равновесия структуры «я», индивиды этого типа вырабатывают особый вид неправильных (патологических) приспособительных механизмов, которые можно назвать манипуляционными. Формированию истерических манипуляционных механизмов способствуют отсутствие адекватных механизмов приспособления и малая эффективность защитных механизмов и механизмов разрядки, действие которых скорее направлено на уменьшение информационного несоответствия, чем на активное приобретение информации, подтверждающей чувство тождества, собственной ценности и контроля. На проявление манипуляционных механизмов у истерической личности обращают внимание многие авторы [Celani, 1976; Halleck, 1967;

Jakubik, 1976a; Rigotti, 1971]. Каждый человек в некоторых ситуациях может использовать манипуляционные механизмы, но обычно они носят сиюминутный характер, слабо выражены и лишь предшествуют включению собственно приспособительных механизмов. Экспериментально установлено, что имеются индивидуальные различия в склонности к применению манипуляционных механизмов [Jarymowicz, 1976]. У истерической личности по сравнению с нормальной и другими формами расстройств личности манипуляционные механизмы являются господствующей формой функционирования системы регуляции и одновременно основным способом поддержания равновесия в структуре «я».

В соответствии с теорией Kofta (1977) психологический контроль окружающего состоит из следующих элементов: бихевиорального контроля, познавательного контроля и чувства контроля. «Индивид находится в состоянии личностного контроля (или обеспечивает бихевиоральный контроль) тогда и только тогда, если появление события, имеющего для индивида ценность, зависит только от него самого, т. е. его собственного поведения» [Kofta, 1977]. Состояние окружающего зависит от данного индивида в том случае, если индивид может вызывать в нем физические, социальные и психологические изменения (т. е. знает, как действовать, и может использовать определенную технику воздействия), а также имеет свободу выбора соответствующих методов управления окружающим (располагает набором альтернатив деятельности). Эффективный контроль заключается в увеличении вероятности возникновения таких состояний окружающего, которые обладают положительной ценностью для субъекта, и в уменьшении вероятности противоположных состояний. Следует четко различать отсутствие контроля, когда события положительного значения зависят не от действий индивида, а от других факторов, и неэффективный контроль — неумение эффективно использовать возможность свободного воздействия на окружающее с целью устранения неблагоприятных явлений. Развитие контролирующего поведения, т. е. рост бихевиорального контроля, проявляется: 1) повышением сложности (от вызывания в окружающем любых изменений через ожидаемые изменения к изменениям, запланированным в большой временной перспективе); 2) дифференцированием объектов (собственная личность или окружение), которые подвергаются непосредственному воздействию (приспособление к специфическим требованиям данной ситуации, выбор определенных ситуаций, избегание других, формирование ситуаций, которые лишены отрицательного аспекта); 3) противодействием ограничению свободы деятельности (например, в форме агрессии или негативизма), т. е. восстановлением необходимого уровня контроля окружающего. Рост бихевиорального контроля увеличивает степень познавательного контроля, т. е. развивает такие свойства познавательной системы человека, которые обуславливают снижение уровня ненадежности окружающего с точки зрения субъекта.

Согласно теории Kofta (1977), индивид осуществляет познавательный контроль окружающего «тогда и только тогда, когда он способен с определенной вероятностью предвидеть происходящие в нем изменения» (как следствия, так и сопутствующие явления). Познавательный контроль — это необходимое, но недостаточное условие бихевиорального контроля. Самым важным элементом психологического контроля окружающего является чувство контроля (контроль восприятия), которое имеет иерархическую структуру: от убеждений относительно возможности и эффективности контроля в конкретных ситуациях

через определенные категории ситуаций к так называемому обобщенному чувству контроля. Чем стабильнее чувство контроля, тем меньше влияют на него ситуационные факторы (например, новые ситуации ослабляют чувство контроля). Чувство контроля состоит из двух основных компонентов: 1) чувства безопасности (убеждение в том, что события предсказуемы), т. е. доказательства познавательного контроля над окружающим; 2) чувства могущества (убеждение в том, что можно свободно влиять на события), т. е. доказательства бихевиорального контроля над окружающим. Чувство контроля, по мнению Kofta (1977), обладает автономностью регуляции, выражающейся регулируемым поведением даже в случае, если индивид не предпринимает контролирующих действий, а также ситуационным изменением чувства контроля под влиянием информации об условиях деятельности. По мере возрастания уровня бихевиорального и познавательного контроля увеличивается вероятность удовлетворения разнообразных потребностей субъекта. Кроме того, факт осуществления контроля над окружающим сам по себе приносит удовлетворение, устраняя мотивационное напряжение. Поэтому каждый человек обнаруживает тенденцию к поддержанию определенного уровня контроля над окружающим и стремление к чувству контроля (чувство безопасности и могущества). Ведь в процессе онтогенеза они становятся одной из фундаментальных потребностей «я».

Недоразвитие структуры «я» обуславливает не только высокий уровень неуверенности индивида в своем контроле над окружающим и уменьшение или потерю чувства контроля (что непосредственно выражается отсутствием чувства безопасности и ослаблением чувства силы), но также затрудняет или препятствует выработке адекватных приспособительных механизмов, которые обеспечивают достижение соответствующего уровня психологического контроля. В то же время значительная неудовлетворенность этой основной потребности «я» генерирует в структуре «я» выраженное эмоционально-мотивационное напряжение, вызывая функциональное преобладание ее над остальными познавательными структурами. В связи с этим восстановление пошатнувшегося равновесия системы регуляции происходит за счет действия неадекватных, неправильных приспособительных механизмов, какими являются манипуляционные механизмы, столь типичные для истерической личности. Основой манипуляционного отношения к объектам «вне-я» (например, к лицам, группам, идеям) служит подчинение других элементов познавательной сети (понятийных отражений этих объектов) господствующей структуре «я», что приводит к тому, что они рассматриваются как орудия, которые должны служить потребностям «я». Поэтому любое манипуляционное поведение имеет инструментальный характер, так как оно связано с восприятием других людей как средств к достижению собственных целей, — а говоря более обобщенно, — к уменьшению мотивационного напряжения, генерируемого структурой «я». У истерической личности манипуляционные механизмы направлены прежде всего на активное овладение информацией, подтверждающей чувство контроля восстанавливающей чувство безопасности и силы), чувство собственной ценности (поддерживающей завышенную самооценку) и чувство тождества (повышающей чувство собственного отличия и интегральности).

Halleck (1967) подчеркивает, что истерические манипуляционные механизмы являются весьма эффективными методами принуждения других лиц к ожидаемому индивидом поведению, которое имеет для него положительную ценность. Происходит это потому, что истерические личности находятся в

зависимом положении от других лиц, которые располагают чем-то, что имеет для них ценность в виде вознаграждения (например, являются источником информации, которая удовлетворяет потребность в одобрении) [Jakubik, 1976a]. Многие исследователи считают зависимость от других важной чертой истерической личности [Alarcon, 1973; Lempriere et al., 1965; Verbeek, 1973]. Ведь в основе возникновения манипуляционных механизмов, сформированных в результате неправильного течения процесса социализации (научения), лежит ситуация зависимости от окружающих, в которой человек пребывает в детстве. В это время у ребенка формируются установка на зависимость (тенденция к удовлетворению своих потребностей через других людей) и связь, обусловленная этой зависимостью (ожидание заинтересованности и положительного отношения со стороны лиц, удовлетворяющих потребности). Развитие подобных установок и расчетов является условием появления потребности в такой зависимости [Reykowski, 1970b]. Так, обоснованная реальная зависимость, вытекающая из особенностей ребенка, переходит в психологическую зависимость. Одной из типичных форм проявления установки на зависимость является именно манипулирование людьми, от действий которых зависит удовлетворение собственных потребностей. Поэтому первичной формой контроля является контроль над лицами-опекунами. Недоразвитие структуры «я» вызывает задержку процесса постепенного приобретения независимости от опеки и авторитетов, который необходим для правильного формирования личности; это впоследствии приводит к фиксации незрелых манипуляционных механизмов и функциональному преобладанию их над адекватными механизмами приспособления. Господство манипуляционных механизмов у взрослых — всегда признак патологии, свидетельствующий о нарушении функции регуляции личности.

У истерической личности можно выделить три основные формы манипуляционных механизмов: 1) «инграция»¹, 2) агрессия, 3) попытка самоубийства. Они носят бессознательный характер или осознаются индивидом лишь в очень малой степени. Это существенное свойство, помимо некоторых других, отличает истерические манипуляционные механизмы от описываемого в литературе макиавеллизма [Christie, Gais, 1970]. Макиавеллизм (макиавеллистическая личность), называемый также «синдром холодности», отличают: 1) ориентация на контролирование внешней ситуации путем преднамеренного влияния на отдельных лиц или группы людей при помощи приказов, давления, шантажа, угроз и т. п.; 2) устойчивость к влиянию общества (нарушение социальных норм и запретов, пренебрежение целями и потребностями других людей, сопротивляемость к внешнему нажиму и т. п.); 3) преобладание познавательной ориентации над аффективной, т. е. способность к относительно неэмоциональному функционированию [Jagumowicz, 1976]. Макиавеллизм обусловлен особым видением мира и системой установок явно антисоциального характера. Поэтому макиавеллистическое поведение отмечается главным образом в рамках психопатии и социопатии, хотя тенденция такого рода обнаруживается и у некоторых индивидов, не проявляющих расстройств личности [Christie, Gais, 1970]. Однако они не типичны для истерической личности.

«Инграция» заключается в манипулировании другими людьми при помощи повышения своей привлекательности в широком смысле слова. Вообще говоря, этот вид поведения моделирует восприятие собственной osoby (активно манипулируя представлениями других лиц о собственном «я») с точки зрения

удовлетворения своих потребностей или достижения личных целей. Создатель концепции «инграциации» Jones (1964) определяет ее как «вид стратегического поведения, которое неправомерно способствует повышению привлекательности субъекта в глазах партнера». В отличие от остальных видов манипуляционных механизмов цель «инграциации» заключается в том, чтобы вызвать у окружающих положительное отношение к себе с помощью только «позитивных» средств (например, не применяется воздействие на партнера путем возбуждения в нем чувства опасности) и только непосредственным образом (т. е. без помощи других людей или передаваемой извне информации) [Lis-Turlejska, 1976]. «Инграциация» происходит в процессе коммуникации между двумя индивидами, в ходе которой субъект передает информацию о том, как он воспринимает партнера, окружающую действительность и самого себя. В связи с этим различают три вида «техники» инграциации: 1) поднятие ценности партнера — передача информации о его положительной оценке (например, в форме комплиментов, лести, похвал); 2) конформизм — декларация согласия с мнениями, оценками, нормами, установками и поведением партнера; 3) положительная самодемонстрация — представление себя в выгодном свете (например, списывание своих возможностей, способностей, талантов как необыкновенных) или как человека, способного к большей жертве в пользу партнера, отрицательная самодемонстрация (самоуничужение)—создание представления о собственной слабости и беспомощности, обращенное к социальному принципу «помоги слабому». В зависимости от вида «инграциации» степень привлекательности субъекта для партнера бывает различной: например, наивысшая привлекательность связана с самоуничижением или положительной самодемонстрацией, особенно если подчеркивается обладание атрибутами, ценимыми обществом [Olszewska-Kondratowicz, 1976]. У истерической личности преобладают именно эти два типа самодемонстрации, причем положительная является господствующей в результате завышенной самооценки, поскольку, как показали экспериментальные исследования, индивиды с высокой самооценкой предпочитают из всех видов «инграциации» именно такое поведение [Olszewska-Kondratowicz, 1975a, b]. Поразительно высока эффективность «инграциации», применяемой истерическими личностями. Это свидетельствует о их проницательном «разгадывании» потребностей партнеров (что позволяет создавать такое представление о собственном «я», которое либо непосредственно удовлетворяло бы актуальную потребность, либо сигнализировало бы о возможности ее удовлетворения), а также диапазона еще не установившейся самооценки партнеров (обычно качеств, на обладание которыми партнеры претендуют), который истерические индивиды высоко оценивают, используя часто применяемую «технику» повышения ценности партнера. Эффективность «инграциативного» поведения (получение информации подтверждающей чувство контроля, собственной ценности или тождества, либо устранение касающегося этих переменных информационного несоответствия) является положительным подкреплением, способствуя усвоению манипуляционных методов такого рода и созданию убеждения, что особенности, позволившие эффективно действовать, являются постоянными свойствами субъекта.

Очевидно, у истерической личности манипуляционные механизмы типа «инграциации» прежде всего направлены на удовлетворение потребности в одобрении общества, которая является одним из основных регуляторов человеческого поведения. Потребность в одобрении общества проявляется в виде тенденции к поведению, направленному на получение такого подкрепления,

как одобрение и поддержка окружающих (особенно со стороны лиц, считающихся авторитетами), помощь, забота, любовь, и на избегание неудач, особенно в форме отверженности обществом. У истерической личности обнаруживается сильная потребность в одобрении общества, которая возникает в связи с необходимостью поддерживать завышенный уровень самооценки, определяемой нереальным образом «идеального я». Экспериментальные исследования показывают, что индивиды с высокой зависимостью от одобрения окружающих проявляют склонность к конформизму и подчинению давлению группы, а также характеризуются низким уровнем ожидания успеха в ситуациях общественной оценки и мобилизацией сильных защитных механизмов при возможном неодобрении со стороны окружающих и при угрозе самооценке [Crowne, Marlowe, 1964].

Нередко конформизм применяется в качестве «инграциации», и связанная с этим мнимая подверженность влиянию окружающих наряду с наблюдениями подражательных образцов истерических симптомокомплексов, которые необоснованно всегда ассоциировались с истерической личностью, по-видимому, стали основанием распространенного, хотя и не доказанного, мнения о том, что внушаемость — черта истерической личности [Alarcon, 1973; Slater, 1961; Ziegler et al., 1960]. Все учебники психиатрии единогласно подчеркивают это свойство. Между тем из клинической практики известно, что многие истерические личности часто обнаруживают необъяснимую сопротивляемость внушению окружающих и даже явный негативизм. Кроме того, детальные эмпирические исследования доказали, что утверждение о подверженности истерических лиц внушению ложно, а вся существующая к настоящему моменту «фактография» на эту тему основана на неточных оценках и субъективных впечатлениях психиатров [Eysenck, 1960]. Исследования при помощи большого количества объективных тестов позволили установить, что ни одна из личностных черт не связана с восприимчивостью к внушению [Gjsiorowska et al., 1976]. К тому же из исследований гипноза как особой формы внушения вытекает, что в зависимости от ситуационных условий и отношения к личности гипнотизирующего все люди к нему восприимчивы [Frankel, 1976], но в то же время в одних и тех же условиях гипнотические состояния возникают только у части популяции. Поэтому кажется правильным предложение Gjsiorowska и соавт., призывающее к отказу от упрощенного понимания внушаемости как черты личности в пользу того, чтобы признать ее чертой относительной, т. е. проявляющейся только в соответствующих, различных для каждого индивида (в зависимости от его личности) ситуационных условиях. В будущих экспериментальных исследованиях следовало бы вначале определить, в чем вообще заключается явление внушаемости (до сих пор сделать это не удалось), и лишь затем искать ответ на вопрос: в каких условиях индивиды с истерической личностью восприимчивы к внушению? При этом необходим контроль многих параметров, в том числе: личности внушающего, методов его воздействия, хода исследования, вида эксперимента, отношения внушаемый — внушающий и т. п. Быть может, удобной исходной точкой исследований было бы определение внушения как результата психологического воздействия, которое заключается в активизации (с помощью словесных и внесловесных сообщений) определенной оценочной информации, закодированной в познавательных структурах внушаемого лица. Отсутствие одновременной активации описательной информации могло бы объяснить временное снижение или устранение познавательной ориентации.

У истерической личности поразительно богат репертуар средств, которые служат повышению эффективности манипуляционных механизмов. Любое манипуляционное поведение вначале направлено на создание у другого лица определенного эмоционального состояния, которое призвано облегчить вызывание желаемого поведения, например, демонстрация собственной слабости и беспомощности вызывает у окружающих соответствующую эмоциональную реакцию и создает потенциальную готовность прийти на помощь и позаботиться, обеспечивая таким образом заинтересованность окружающих и уменьшая вероятность агрессии или изоляции. Поскольку эмоции, проявляемые индивидом, вызывают у партнеров значительное эмоциональное напряжение (обычно по типу эмпатии), то возрастает значение эмоциональной экспрессии как фактора, усиливающего эффективность манипуляционного поведения. Поэтому у истерической личности важную роль играет сильная эмоциональная экспрессия (мимика, пантомимика, речь, вокализация) и особый (театральный, преувеличенный, демонстративный, драматический) тип поведения. Учитывая это, некоторые авторы [Ziegler et al., 1960] предлагают ввести термин «гистриотоническая личность» (от лат. *histrio* — актер), тем более что чрезмерная экспрессия приводит к впечатлению, что субъект неискренне, не по-настоящему и стереотипно играет роль. При отсутствии ожидаемого эффекта воздействия у индивидов такого типа возникает (вероятно, по принципу самовозбуждения эмоций) необыкновенно сильная эскалация эмоциональности [известная в психологии под названием «накачка чувств»; Jakubik, 1976a], которая служит как средством эмоционального «подавления» окружающих, так и механизмом, разряжающим сверхоптимальный уровень активации. Такое подавляющее преобладание эмоциональной формы над действительным содержанием процесса общения в истерии обычно приводит к желаемому результату, хотя неудачи нередки.

Повышению эффективности «инграциативных» манипуляций призвана также служить эротизация межличностных связей и «публичное» фантазирование. На сексуально провоцирующее поведение истерических лиц обращают внимание многие авторы [Halleck, 1967; Alarcon, 1973], подчеркивая типичный, по их мнению, страх окончательного осуществления половых потребностей. Поэтому истерическую личность характеризуют классическим конфликтом типа стремление — избегание. Этот вид конфликта встречается также при неврозах и других формах расстройств личности, в связи с чем трудно признать его явлением, типичным для истерических личностей. Также нельзя согласиться с довольно распространенным мнением, что половая холодность является диагностическим признаком истерической личности [Chodoff, Lyons, 1958; Perley, Guze, 1962], тем более что тщательные эмпирические исследования не подтвердили этот тезис [ONeill, Kempler, 1969; Prosen, 1967]. Нам представляется, что генерируемая структурой «я» мотивация для удовлетворения потребности в чувстве контроля и чувстве собственной ценности попросту значительно сильнее, чем мотивация для удовлетворения половой потребности. В этом случае эротизация манипуляционного поведения была бы лишь выражением относительно более слабой половой потребности в сравнении с потребностью в сохранении контроля над окружающим (в том числе над сексуальным объектом). В пользу такой гипотезы свидетельствует и факт, что истерические личности, которые удовлетворены половой жизнью, обнаруживают столь же сильные манипуляционные механизмы и такую же эротизацию межличностных отношений, как и истерические личности, которым половая жизнь не приносит полного удовлетворения или которые ее еще не начали,

т. е. стремление к реализации потребностей «я» оказывается самым сильным.

В отношении важной роли фантазирования у истерической личности в литературе царит полное согласие во взглядах [K Jinger, 1971]. Фантазирование выполняет функции как защитных, так и разряжающих механизмов и, кроме того, повышает эффективность действия манипуляционных механизмов, особенно «инграциации». Фантазирование связано с положительной (редко с отрицательной) самодемонстрацией и является особым типом представления себя в выгодном свете (например, приписывание себе различных способностей, талантов, умения, положения, заслуг, достижений, власти и т. п.), часто оно сочетается с практическими действиями (например, выдавание себя за известного писателя, героя необыкновенных приключений, сотрудника иностранного посольства и т. п.) и характеризуется невозможностью для фантазирующего четко разграничить правду и ложь. Этот вид фантазирования в психопатологии носит название псевдологии (*Pseudologia phantastica*)¹, синдрома Delbruck, патологической лжи или мифомании. Некоторые психиатры дифференцируют псевдологию и «бегство в мир фантазии» [Schneider, 1950], однако такая позиция по меньшей мере спорна. Ведь псевдология является сочетанием двух видов фантазирования: «для себя» (мир мечты) и «для других» (повышение собственной привлекательности), т. е. обладает свойствами как защитного, так и манипуляционного механизма. Эта взаимосвязь отчасти объясняет нечеткость границ между правдой и ложью. Вероятно, псевдология является также и сильным источником самостимуляции, вызывающей сверхоптимальный рост активации, в результате чего происходит колебание или снижение уровня сознания, что может обуславливать снижение способности дифференцировать действительность от мира фантазии. Псевдология — это крайняя форма «инграциативного» поведения, направленного на получение информации, подтверждающей собственную ценность (удовлетворяющей потребность в одобрении общества), и приобретение контроля над окружающим. Неизвестно, какую роль в возникновении псевдологии играет самовнушение. Быть может, самовнушение заключается в аутомобилизации закодированной оценочной информации, входящей в состав «идеального я», которая после соответствующей трансформации используется для манипуляционного воздействия на других людей. Многие авторы считают, что псевдология — черта психопатии [Birnbau, 1909; Jaspers, 1973; Kahn, 1931; Petrilowitsch, 1966; Schneider, 1950], в то же время часть психиатров относят ее исключительно к истерической личности, понимаемой как истерическая психопатия [Bleuler, 1972; Weitbrecht, 1973]. Появление псевдологии наблюдали также в шизофрении [Bleuler, 1972], при маниакальном синдроме [Korzeniowski, Dziedzic, 1960] и сифилисе мозга [Delbrück, 1891]. Предлагаемый нами подход к псевдологии как к типичному для истерической личности манипуляционному механизму предусматривает четкое отграничение ее не только от сознательной лжи и обмана с целью добиться конкретных благ (этим характеризуются психопатические личности), но также и от различных форм патологической лжи, вызванной психотическими расстройствами (например, гипоманиакальным настроением, бредом величия, бредом помилования и т. п.).

Вторая основная форма манипуляционных механизмов наряду с «инграциацией» — это особое агрессивное поведение. В соответствии с теорией Frczek (1975) следует различать агрессивные действия (агрессия) и агрессивность. Агрессивные действия обусловлены генерированными на уровне инстинктивно-эмоциональных механизмов или познавательных структур мотивационным

напряжением и представляют собой вид межличностного поведения, косвенно или прямо направленного против окружающих, в результате чего повреждаются или уничтожаются предметы или причиняются ущерб и страдание окружающим. Особой категорией агрессивного поведения является аутоагрессия, т. е. агрессия, направленная на самого себя. Агрессия может проявляться в словесной (например, оскорбления, брань), физической (физическое нападение) и символической (например, мысли и фантазия агрессивного содержания) формах. Frgczek (1975) справедливо отвергает общепринятую в клинической психиатрии упрощенную схему, согласно которой агрессия, исключая ситуационную обусловленность, детерминирована агрессивностью (тенденцией к реагированию агрессией), понимаемой как черта личности. Такая трактовка агрессивности не имеет объясняющей и предсказуемой ценности, так как является лишь описательным статистическим термином, обозначающим вероятность появления агрессии. Поэтому значительно большую пользу в теоретических исследованиях принесет подход к агрессивности как к механизму регуляции.

Агрессия — сложное явление, генез которого многообразен [Fonberg, 1973; Fraczek, 1973, 1975; Kubacka-Jasiecka, 1975; Reykowski, 1973b, 1977; Skorny, 1968], и нет эмпирических оснований утверждать, как полагают психоаналитики и этологи, что у человека имеется врожденное влечение к агрессии [Berlyne, 1969]. Клинический анализ расстройств личности можно облегчить, разделив априорно агрессивное поведение (действия) на четыре основных вида: 1) реактивная агрессия, 2) стимулирующая агрессия, 3) разряжающая агрессия, 4) инструментальная агрессия. Реактивная, или ситуационная, агрессия обуславливается прежде всего внешними факторами, например определенным типом фрустрации или стресса, отрицательным отношением партнера, восприятием информации агрессивного значения и т. п. Стимулирующая агрессия — это усвоенный тип поведения, который обеспечивает соответствующей стимуляцией потребности данного индивида. Источником стимуляции становятся сами агрессивные действия и их результаты (например, боль и страдание других людей), которые за счет этого приобретают ценность вознаграждения и постепенно становятся неотъемлемой потребностью. Этот вид агрессии проявляется у лиц с низким уровнем реактивности, т. е. с высокой потребностью в стимуляции [например, при психопатии или социопатии; Quay, 1965]. У людей такого типа агрессивное поведение за счет механизма ожидания удовлетворения от агрессии может стать основным и даже единственным методом, обеспечивающим поступление сильной и разнообразной стимуляции (рост уровня активации), что выражается, в частности, в тенденции к нарушению общественных норм, стремлении к опасным ситуациям, склонности к самоповреждениям и т. п. Таким образом, в формировании антиобщественного поведения участвует как генетический фактор (низкий наследственный уровень реактивности), так и фактор среды (процесс научения), особенно если этому дополнительно способствует неправильная социализация (отсутствие условий для формирования механизмов, тормозящих агрессию). Для психопатии характерно отсутствие, либо очень низкий уровень страха, или же вообще отсутствие эмоционального напряжения в трудных ситуациях, что обнаружено многочисленными эмпирическими исследованиями [Hare, 1975]; это результат высокой потребности в стимуляции (между уровнем реактивности и уровнем страха имеется отрицательная корреляция [Strelau, Reykowski, 1977]. Эта особенность объясняет неэффективность психотерапевтического воздействия при психопатии и указывает направление, по которому нужно вести поиск более эффективных методов переучивания при нарушениях такого типа [например,

метод условных рефлексов; Wolman, 1965].

В противоположность стимулирующей агрессии, которая приводит к росту уровня активации, разряжающая агрессия является реакцией на избыток стимуляции и способствует снижению сверхоптимального уровня активации. Поэтому агрессивное поведение как проявление действия механизмов разрядки (называемых также механизмами отреагирования) наблюдается особенно часто у индивидов с высокой реактивностью, в том числе у истерических личностей. Вознаграждающая ценность поведения этого типа является сильным положительным подкреплением и поэтому способствует легкому и быстрому усвоению его. Также высокой ценностью вознаграждения может обладать инструментальная агрессия, которая служит, в частности, удовлетворению потребности в одобрении общества (демонстрация себя в группе ровесников, завоевывание признания среди окружения, которое придерживается агрессивного стиля поведения и т. п.), потребности в зависимости «заставляет» окружающих подчиняться планам и личным целям индивида. Кроме агрессивного поведения разряжающего характера, типичной формой агрессии у истерической личности является инструментальная агрессия, особенно ее разновидность — манипуляционная агрессия. Действие этого манипуляционного механизма направлено на устранение информационного несоответствия между антиципацией, возникающей в структуре «я», и внешней и внутренней информацией за счет быстрого обеспечения поступления желаемой информации. Однократное или постоянное агрессивное поведение часто оказывается одним из наиболее эффективных методов поддержания, получения или повышения контроля над окружением, а также защиты, укрепления или повышения собственной ценности, тем более что оно обеспечивает быстрое поступление однозначной подтверждающей информации. Повышение чувства собственной ценности происходит путем понижения позиции других, а не счет повышения собственной позиции. [Reykowski, 1977]. Из клинического опыта известно, что у истерической личности очень часто наблюдается символическая агрессия (исключительно разряжающего характера), а агрессивное поведение манипуляционного типа выражается главным образом в словесной форме, реже в физической, причем во втором случае оно обычно носит форму перемещенной агрессии, направленной вместо лиц — действительных объектов агрессии прежде всего на предметы (пресловутое истерическое «битье тарелок»). Подавление физической агрессии по отношению к определенным индивидам, возможно, связано с потребностью в одобрении обществом (нарушение чьей-то физической неприкосновенности вызовет более отрицательную оценку окружающих, чем уничтожение материальных предметов) и (или) с большей эффективностью перемещенной агрессии, которая не вызывает чрезмерно негативных установок у лиц, на которых (косвенно) покушаются, как это бывает при непосредственном нападении. Фиксированию манипуляционных форм агрессии способствуют следующие факторы: 1) уровень потребности в подтверждающей информации, зависящей от степени неуверенности в психологическом контроле или в собственной ценности; 2) неправильное течение социализации, создающее условия к усвоению агрессивных видов поведения (например, подражание, поощрение); 3) слабость нормальных механизмов приспособления; 4) отсутствие возможности научиться другим методам разрешения проблем контроля и собственной ценности, в частности, из-за отсутствия достойного примера для подражания и непереносимости задержки (стремление к сиюминутному удовлетворению). Содействующим обстоятельством является также несформированность средств контроля

(торможения) агрессии, к которым причисляются: 1) сочувствие, особенно при виде страданий жертвы агрессии; 2) восприятие других людей как подобных собственному «я», что вызывает мотивацию к позитивным действиям в их пользу (в свою очередь у истерической личности резко дифференцируются «я» и «они», что проявляется, в частности, постоянным чувством обиды и непонимания со стороны окружающих); 3) обладание автономной системой ценностей; 4) интернализация социальных норм, особенно связывание собственной ценности с определенными нормами, требующими заботы о других людях [Reykowski, 1977].

Однако «инграциативное» или агрессивное поведение не всегда бывает эффективным, и поэтому истерические личности нередко прибегают к более радикальной форме манипуляционных механизмов — к попытке самоубийства инструментального характера. К сожалению, мы не располагаем объективными эпидемиологическими данными о попытках самоубийства, потому что польские статистические показатели объединяют совершенные самоубийства и попытки [Jelenska, 1971]. Кроме того, в действительности число попыток самоубийства значительно больше зарегистрированных, поскольку лишь некоторые лица пользуются медицинской помощью; к тому же не всех леченых включают в отчетность. Многие авторы единодушно высказывают мнение, что число попыток самоубийства во много раз превышает число совершенных самоубийств, однако данные различных авторов колеблются в широких пределах от 1:2 [Gruhle, 1940] до 1: 15 [Ruegsegger, 1963]. Среди психически больных самоубийства встречаются приблизительно в 4 раза чаще, чем в общей популяции [0,04:0,01 %; Conte, Plutchik, 1974], из-за того что совершаются более решительно [погибают 50—65 % самоубийц; Spett et al., 1967]. Отсутствуют статистические показатели и относительно самоубийств и попыток самоубийства у лиц с диагнозом «истерическая личность», а данные, содержащиеся в литературе, являются исключительно результатом анализа популяции пациентов одного или нескольких психиатрических лечебных учреждений [Lazare, Klerman, 1968; Weissman, 1974]. Результаты многочисленных детальных клинических исследований не обнаружили связи между попытками самоубийства и каким-то определенным типом личности [Conte, Plutchik, 1974], но выявлена положительная корреляция только с двумя диагнозами: истерии и реактивной депрессии [Weissman, 1974; Woodruff et al., 1972], причем следует подчеркнуть, что тестированию подвергались более 100 различных переменных. Более вдумчивый анализ обследованных групп больных обнаруживает, что диагноз истерии основывался главным образом на истерических чертах личности пациента, которые также наблюдались и у значительной части [около 40 %; Lazare, Klerman, 1968] больных реактивной депрессией. Этот факт скорее поддерживает взгляды тех авторов, которые связывают попытки самоубийства прежде всего с истерической личностью [Borelli, Spath, 1958; Lauras, 1964; Sifneos, 1966] или незрелой личностью [Kubacka, Su-sulowska, 1977; McCulloch, Philip, 1972; Susulowska, Sztompka, 1968]. Несмотря на большое количество работ по этой теме, проблематика попыток самоубийства, особенно вопросы их генеза, мотивов и механизмов, остается неясной.

Исходя из принципиальных различий в механизмах возникновения суицидальных тенденций, можно выделить шесть основных типов суицидальных попыток: 1) итоговые, 2) психотические, 3) стимулирующие, 4) реактивные, 5) разряжающие и 6) инструментальные. Итоговые самоубийства (т. е. самоубийства по собственному выбору после взвешивания всех «за» и

«против») совершаются психически здоровыми людьми, которые находятся в крайне трудных положениях (например, перед лицом физических пыток или тяжких страданий, связанных с соматическим заболеванием) [Dubitscher, 1957]. Суицидальные попытки, совершаемые по психотическим мотивам, особенно часты при эндогенных депрессиях [изредка в форме так называемого расширенного самоубийства (убийства близких, обычно детей, жены, а затем самоубийства) или косвенного самоубийства (совершения преступления с целью добиться смертной казни)], а также при шизофрении [Cieslak et al., 1968]. Механизмы остальных четырех типов самоубийства аналогичны уже описанным видам агрессии (самоубийство считается выражением самоагрессии). Стимулирующий тип суицидальных попыток, проявляющийся главным образом, в форме самоповреждения, встречается у индивидов с психопатической личностью, особенно в ситуации, когда предельно снижено поступление раздражителей (отсутствие стимуляции), например в тюрьме [Virkkunen, 1976]. Конечно, это не исключает возможности самоповреждений инструментального характера, которые обычно ограничиваются лишь попыткой избежать тюремных ограничений. Сенсорное обеднение в условиях тюрьмы (например, изоляция в камере) может вызвать подобные тенденции даже у лиц, не обнаруживающих расстройств личности. В исправительных учреждениях Дании, где применяется широкая программа ресоциализации, т. е. заключенных обеспечивают разнообразной и сильной стимуляцией, наблюдается отчетливое снижение частоты самоповреждений у индивидов с диагнозом психопатии [Virkkunen, 1976]. В данном случае снижение числа случаев членовредительства является результатом созданных условий для соответствующей стимуляции, а не показателем, как считают многие авторы, изменения антиобщественных установок под влиянием ресоциализации, о чем свидетельствует хотя бы резкое повышение процента суицидальных попыток после перевода тех же лиц в обычное исправительное учреждение.

Классический реактивный тип суицидальной попытки проявляется в реактивной депрессии, стоящей, по данным литературы, на первом месте в группе заболеваний, которые характеризуются высоким процентом суицидальных попыток и наивысшей вероятностью смерти вследствие этих попыток [Spett et al., 1967]. Реактивная депрессия возникает как реакция на утрату «предмета чувств» в широком понимании этого слова (например, близкого человека, любимого животного, служебного положения, общественной роли, престижа и т. п.). В отношениях такого типа важнее всего элемент обладания (власти), который призван укреплять чувство контроля и собственной ценности. У лиц такого типа условием сохранения контроля над окружающим является «обладание» (присоединение к «я») или связи с другими людьми, основанные главным образом на принципе зависимости. Поэтому нарушение этих связей и утрата «предмета обладания» приводят к снижению собственной ценности и особенно к резкому ослаблению чувства контроля, т. е. к потере чувства безопасности и силы. Происходят резкое расшатывание структуры «я», максимальный рост эмоционального напряжения (страха) и включение патологических механизмов регуляции (в результате потери способности к автономному управлению), направленных на самоуничтожение системы. Внезапная потеря контроля над окружающим («чувство внутреннего контроля») вызывает, пользуясь терминологией Rotter (1966), «перемещение источника контроля наружу» («чувство внешнего контроля»), т. е. тенденцию к восприятию ситуации, зависимой от внешнего мира, а не от действий индивида. В связи с этим ответственность за существующее положение переносится на окружающий

мир (например, сетования на «несправедливость» судьбы), генерализуется чувство обиды. Чтобы показать окружающим, что его обидели, и вызвать у них чувство вины [некоторые авторы пишут о так называемом отмщении; Jelenska, 1971], индивид предпринимает суицидальные попытки. Как описанный механизм реактивной суицидальной попытки, так и более или менее бессознательный мотив «наказания» окружающих прослеживаются у незрелых индивидов и у истерических личностей. Поэтому в реактивной депрессии генез самоубийств подобен генезу истерических суицидальных попыток [Jakubik, 1975d]. Таким образом, старые психиатры не без причины определяли реактивные депрессии такими терминами, как «истерическая депрессия» [Bumke, 1924], «истеромеланхолия», или «меланхолия истериков» [Ziehen, 1902], либо «меланхолия на истерической почве» [Krafft-Ebing, 1903]. Вероятно, при депрессивной реакции происходит более глубокая дезинтеграция структуры «я», чем при истерической реакции, при которой благодаря завышенной самооценке могут не произойти столь значительные изменения в сфере собственного «я», и поэтому суицидальная попытка является выражением радикального, но манипуляционного способа восстановления утраченного контроля над окружающим.

Суицидальная попытка типа разрядки (механизм уменьшения сверхоптимального уровня активации), называемая иногда импульсной, обычно наблюдается у индивидов с недоразвитой структурой «я». По мнению Kubacka, Susulowska (1977), суицидальные попытки импульсного характера, т. е. «разряд максимального эмоционального напряжения с одновременным сужением поля создания и ослаблением контроля над поведением», — это прежде всего реакции молодых людей (с незрелой личностью) на трудные ситуации, усугубляющие давно нарушенные конфликтные отношения с ближайшим окружением. Поэтому этот вид реакции столь неадекватен непосредственно вызвавшей его ситуации. Такое самоубийство призвано быть не только формой бегства от существующей трудной ситуации, но и стать методом решения всех, т. е. прошлых, настоящих и будущих, проблем. Импульсивные суицидальные попытки могут быть одномоментными или отсроченными (например, на несколько часов) в случае, если эмоциональное напряжение не сразу достигло соответствующего уровня [Susulowska, Sztompka, 1968]. В генезе этой формы суицидальных попыток некоторые авторы обнаруживают особую мотивацию, определяемую как «крик о помощи» [Shneidman, Farberow, 1965] или «апеллирование» к окружающим [Rueggsegger, 1963]. Stengel (1964) справедливо подчеркивает, что каждый из типов суицидальных попыток содержит компонент «крика о помощи», а некоторые авторы даже считают, что слишком частое упоминание этого мотива происходит от ошибочного смешивания последствий (помощи, оказанной другими людьми) с мотивацией [Kovacs et al., 1976; Murphy, Robins, 1968]. Вероятно, основной фактор, определяющий суицидальную попытку по типу разрядки, — это сверхоптимальный рост активации, вызывающий такое снижение уровня сознания, которое приводит к потере самоконтроля над поведением и ослаблению инстинкта самосохранения.

Суицидальные попытки индивидов с истерической личностью имеют более сложный механизм, чем представляется на основе взглядов, опубликованных в литературе. По-видимому, они носят как инструментальный, так и разряжающий и реактивный характер, хотя большая часть авторов обычно подчеркивают лишь первую из этих особенностей [Lauras, 1964; Sifneos, 1966]. В свете теории научения инструментальные суицидальные попытки — это усвоенные,

т. е. приобретенные и фиксированные, формы поведения, направленные на достижение желаемой цели (получить награду или избежать наказания) путем оказания косвенного или непосредственного влияния на окружение. Истериические суицидальные попытки Jелenska (1971) называет «демонстративными» и полагает, что они предпринимаются «не задумываясь» при обстоятельствах, которые обращают внимание окружающих на личность самоубийцы. Поэтому сведения об условиях, в которых совершались попытки, являются важнейшей предпосылкой правильной оценки мотивов таких поступков. Часто встречается мнение, что истериические угрозы самоубийства — это проявление определенных требований к окружающим, т. е. они носят форму морального давления (шантаж). Эта оценочная точка зрения придала осуждающее значение механизмам истериического суицида и в результате привела не только к развитию отрицательных установок среди психиатров по отношению к этой группе больных, но и к распространенному пренебрежению возможностью самоубийства у больных с диагнозом истерии [Lester, 1973; Spalt, 1974]. В то же время многочисленные эмпирические исследования обнаружили, что число совершенных самоубийств среди истериических личностей вовсе не так уж мало [Lazare, Klerman, 1968, Rosman, 1973; Weissman, 1974]. На большой потенциальный риск смерти при истериических суицидальных попытках обращают внимание выдающиеся знатоки проблематики истерии Bibb и Guze (1972). Среди психиатров существует также ошибочное мнение, что частое словесное декларирование суицидальных настроений является почти исключительно проявлением «истериического шантажа» или, значительно реже, «криком о помощи». Результаты детальных клинических исследований указывают, что суицидальные высказывания даже в наиболее демонстративной форме связаны главным образом с индивидуальными особенностями межличностного поведения и не имеют никакой ценности как показатель выраженности суицидальных тенденций или целенаправленной коммуникации. [Kovacs et al., 1976; Murphy, Robins, 1968]. У истериической личности преобладают суицидальные попытки манипуляционного типа, т. е. направленные на сиюминутное получение информации, подтверждающей психологический контроль над окружающим, и являющиеся реакцией на ситуацию, которая вызывает внезапно потерю чувства контроля. Попытка самоубийства происходит в случае, когда защитные механизмы или другие формы манипуляционных механизмов становятся неэффективными. Истериические суицидальные попытки одновременно носят характер реактивный (реакция на происшедшую или предстоящую потерю контроля) и разряжающий (уменьшение сверхоптимального уровня активации, возникшего из-за отсутствия чувства безопасности и силы). В результате поощрения (положительное подкрепление) за счет поступления информации, поддерживающей чувство контроля над окружающим, происходит усвоение этого вида инструментального поведения. Следует подчеркнуть, что расчеты на восстановление в результате предпринятой суицидальной попытки утерянного чувства контроля связаны с восприятием собственной личности как объекта, составляющего для окружающих ценность. Об этом свидетельствует хотя бы завышенная самооценка.

Представленный анализ истериических манипуляционных механизмов приводит к выводу, что истериическая личность характеризуется манипуляционным типом регуляции, который, хотя и патологическим образом, обеспечивает поддержание относительного равновесия системы (за счет удовлетворения потребностей в чувстве контроля, собственной ценности и интеграции «я») и предохраняет

систему от потери способности к управлению. Однако предлагаемые гипотезы требуют эмпирической проверки, которая необходима для решения хотя бы некоторых проблем истерических расстройств личности.

4.10. Эгоцентрический тип регуляции

Истерия
Якубик А.

Личность является центральной системой интеграции и регуляции поведения человека. Главные интеграционно-регуляционные функции выполняет структура «я», которая обуславливает возникновение особых принципов регуляции: эгоцентрических (ориентированных на осуществление личных задач и целей) и неэгоцентрических (ориентированных на осуществление внеличных задач и целей). В зависимости от того, какой из принципов у данного индивида преобладает, можно выделить четыре основных типа регуляции поведения: эгоцентрический (ипсоцентрический), аллоцентрический, социоцентрический и альтруистический. Аллоцентрическое и социоцентрическое поведение Reykowski (1976) называет прообщественным (социально позитивным) поведением. Эгоцентрический тип регуляции — это поведение, направленное на защиту, поддержание или развитие собственной личности. Регуляция аллоцентрического типа характеризуется преобладанием действий, направленных на удовлетворение потребностей, защиту интересов и развитие других людей, а социоцентрического типа — на цели социальных групп, общественных учреждений и т. п. Об альтруистическом поведении можно говорить в том случае, если, действуя в пользу другого лица, приносят в жертву какие-то собственные ценности или отказываются от индивидуальных целей, хотя иногда благо для других является побочным продуктом осуществления собственных задач. Люди с эгоцентрическим типом регуляции в ситуации выбора учитывают внеиндивидуальную цель только в том случае, если могут осуществлять ее вместе с индивидуальной [Paszkievicz, 1975]. Развитие аллоцентрического типа регуляции зависит от следующих факторов: 1) эмпатии, 2) инструментального научения, 3) воспринимаемого сходства с «я», 4) интернализации общественных норм. Исследования Karylowski (1975a, b) показали, что особый источник мотивации для аллоцентрического поведения заключается в восприятии других лиц как схожих с собственным «я», что вызывает распространение на этих лиц положительных установок, применяемых к себе самому. В этом случае информация о потребностях этих индивидов возбуждает мотивацию, аналогичную той, которая бы возникла, если бы сам субъект находился в этом состоянии. Reykowski (1976e) предполагает, что условием выработки готовности к прообщественным действиям является соответствующая степень развития познавательной сети (структур, отражающих объекты «вне я»). По мнению автора, развитие аллоцентрического типа регуляции (от реакций сочувствия через реакции сходства к реакциям, основанным на нормах) можно представить в виде континуума: эгоцентрическое поведение — способность к действиям в пользу других лиц, воспринимаемых как подобных себе, — способность координировать интересы разных людей. Между аллоцентрическим поведением и положительной оценкой данного лица, положительным эмоциональным отношением к нему, степенью сформированности структуры, отражающей это лицо, имеется положительная корреляция [Czapinski, 1976a]. Состояние индивида, к которому относится аллоцентрическое поведение, является неспецифическим раздражителем (информацией), вызывающим мотивационное напряжение в инстинктивно-эмоциональных структурах или на познавательном уровне

структуры «я».

В истерической личности преобладает эгоцентрический тип регуляции. Понятие эгоцентризма многозначно [Zaborowski, 1976a] и часто смешивается с родственными терминами, например: с эгоизмом, эготизмом, нарциссизмом, интроверсией и даже с аутизмом. Под эгоцентризмом мы будем понимать чрезмерное сосредоточение на своей особе, т. е. высокую степень вовлечения «я» (деятельность предпринимается только по отношению к собственному «я»). Эгоцентризм может возбуждать очень сильную мотивацию, благодаря чему способность к усилию необыкновенно возрастает. Отсюда упорство и терпение в достижении личных целей даже при объективно трудных условиях. Следствием сильного вовлечения «я» является характерное для истерических лиц умение добиться своего в трудных ситуациях, нарушающих ход деятельности, направленной к индивидуальной цели. Одновременно относительно быстрый и безболезненный отказ от внеиндивидуальных целей с появлением даже малейших препятствий связан со слабым вовлечением «я». Эгоцентрический тип регуляции у истерической личности обусловлен по крайней мере несколькими факторами: 1) неувоенным в процессе социализации социально позитивным поведением (обычно из-за слабого внешнего контроля, т. е. неэффективной системы поощрений и наказаний, применяемых окружающими); 2) низкой степенью интернализации норм; 3) отсутствием согласованной и реальной картины мира; 4) завышенным чувством собственной ценности; 5) неадекватным восприятием отношения окружающих к своей особе; 6) чрезмерный дифференцированностью «я» и «они», которая затрудняет выявление сходства других лиц с «я». Это происходит оттого, что основой регуляции эгоцентрического типа является недоразвитие структуры «я». Кроме того, задержка в развитии структуры «я» приводит к возрастанию потребности в поддерживающей информации и повышает сосредоточение на своей особе (сильное вовлечение «я»). Эгоцентрическое поведение в детстве считается закономерным [Piaget, 1966]. В переходном возрасте сосредоточенность на собственных проблемах также является результатом характерного для этого периода инстинктивно-эмоционального напряжения, связанного с несформировавшимся еще понятием собственного «я». Взрослый человек в зависимости от потребностей и ситуации может приводить в действие различные типы поведения, как эгоцентрические, так аллоцентрические и социоцентрические. Лишь явное преобладание эгоцентрического типа регуляции представляет собой патологию личности [Jakubik, 1976a]. Эгоцентрическое поведение преобладает также и у индивидов с невротическими расстройствами [Kerpinski, 1972].

В исследованиях, проведенных Paszkiewicz (1972), эгоцентрических личностей характеризовали как людей, у которых преобладают тенденции к господству, к демонстрации себя (разговоры о себе, хвастовство, привлечение к себе внимания), к соперничеству (желание занимать первые места, нетерпимость к неудачам). Reykowski (1971, 1976b) различает две основные формы регуляции эгоцентрического типа: 1) асертивную (активную), направленную на распространение собственного «я», т. е. на укрепление и развитие чувства своей ценности за счет «присоединения к я» различных элементов физической и социальной действительности (например, стремление к господству над окружающими, контролирование все более широкой сферы явлений, приобретение материальных благ, тенденция к увеличению престижа, славы и т. п.); 2) защитную (пассивную), которая ориентируется на охрану собственного

«я», т. е. на ликвидацию чувства опасности (страха) путем отступления, уступок, избегания неудач, защиты достигнутого положения или принадлежащих индивиду ценностей и т. п. Асертивный тип регуляции проявляется тенденцией к активному достижению личных целей, высокой степенью сосредоточения на своей личности и самоодобрения, расчетом на снижение собственной ценности окружающими, низкой степенью переносимости фрустрации, агрессивной реакцией на события, почти исключительно касающиеся своей особы. Очевидно, манипуляционный тип регуляции, характерный для истерической личности (см. раздел 4.9), является патологической формой асертивного типа эгоцентрической регуляции. С точки зрения концепции эгоцентрического типа регуляции истерическую личность отличают следующие свойства: 1) рецептивное поведение, т. е. поведение, направленное на получение чего-либо (получение благ), например: помощи, заботы, одобрения, восхищения, послушания, привилегированного положения, первенства и т. д.; 2) удовлетворение своих потребностей за счет других лиц, например: путем контролирования других, занижения их положения, сосредоточения на себе внимания и интереса окружающих; 3) восприятие действительности с точки зрения полезности предметов и событий для личных целей, например: избирательное восприятие и запоминание полезных сведений, мнимых обязанностей других по отношению к индивиду, событий, представляющихся обидными; 4) подчинение познавательных механизмов регуляции инстинктивно-эмоциональным механизмам, что проявляется, в частности, нереалистическим и фобическим мышлением, отсутствием эмоционального контроля, тенденциозно негативной оценкой намерений и планов других людей, неадекватной оценкой собственных возможностей (завышенный уровень самооценки и притязаний). Эгоцентрический тип регуляции приводит в действие нейрофизиологические механизмы, связанные прежде всего с подкорковыми центрами эмоций, а не (или в значительно меньшей степени) с корковыми процессами, как это происходит при аллоцентрическом и социоцентрическом поведении [Reykowski, 1971]. Однако в настоящее время нет эмпирических данных, подтверждающих эту гипотезу.

Эгоцентрической регуляции способствует неосознавание собственного эгоцентризма [Jarymowicz, Rogala, 1976]. Подробный анализ соответствующих концепций сознания и бессознательного [Bassin, 1972; Delgado, 1971; Dobrolowicz, 1975; Tomaszewski, 1967b] дает основание утверждать, что мы еще не располагаем упорядоченными знаниями на эту тему. Различия взглядов относятся как к дефиниции, так и к генезу, механизмам и функции сознания. Авторы нейрофизиологического направления расценивают сознание как состояние бодрствования, т. е. определенное функциональное состояние коры головного мозга, которое определяется неспецифической активацией, исходящей из сетчатого образования [Delgado, 1971; Hebb, 1970; Lindsley, 1957]. Это значение мы применяли несколько раз, говоря о так называемом сужении сознания у истерической личности (колебание или снижение уровня сознания под влиянием сверхоптимального роста активации). По Fischer (1975), процесс активации коры должен сочетаться с познавательной интерпретацией (субъективное чувство существования). Чаще всего сознание считают особым видом внутреннего отражения действительности, впечатком, образом или же моделью мира [Tomaszewski, 1975e]. По мнению Reykowski (1974), сознание — это механизмы метарегуляции, т. е. «высшие функции, при помощи которых человек регулирует свои отношения с внешним и внутренним миром» [Tomaszewski, 1975e, с. 171]. С точки зрения кибернетики сознание можно определить как особый

информационный процесс, который заключается в приеме и переработке информации специфическими кодирующими системами [Zimny, 1974]. Интересную модель сознательного, учитывающую его постоянную связь с памятью, предложил Bilikiewicz (1971, 1974). Некоторые авторы под термином «сознание» (или «высшие сознательные функции») понимают так называемое самосознание (чувство тождества) [Nosal, 1977] или самопознание, т. е. систему информации о мире и о себе самом, закодированную долговременной памятью [Kozielecki, 1976b]. Принятой в настоящей работе концепции истерической личности наиболее, пожалуй, соответствует определение Kofta (1976), согласно которому сознание — это процесс происходящего в состоянии бодрствования постоянного сопоставления информации о данном состоянии вещей с индивидуальными представлениями о мире и о своем «я», закодированными познавательной системой. Уровень сознания определяется уровнем (например, сенсорным или семантическим) кодирования. Высокий уровень сознания всегда связан с семантическим кодированием. Это положение подтверждает правильность употребляемых иногда в психопатологии терминов: «семантические расстройства личности» (по отношению к психопатии, характеризующейся, в частности, низким уровнем сознания; Cleckley, 1964] и «семантическое слабоумие» (плохое схватывание новых сведений у лиц с невротическими расстройствами).

Lukaszewski (1974), подобно Tomaszewski (1967b), выделяет три уровня сознания, на которых может проходить регуляция поведения: 1) перцептивное сознание (образное отражение мира, собственной личности, отношений «я» — окружающее, собственной деятельности), оперирующее образными кодами; 2) абстрактное сознание (понятийное отражение мира, собственной личности и т. д.), оперирующее понятийными (словесными) кодами; 3) самосознание (содержание информации в обоих низших уровнях сознания), оперирующее также понятийными кодами, но с более высокой степенью обобщения. При таком подходе самосознание представляется системой метаинформации (информация о содержании другой информации), выполняющей функцию интеграции поступающей информации, сопоставляя ее с информацией (или содержанием отдельных общих понятий), уже накопленной познавательными структурами. Благодаря самосознанию возможен переход от образного (конкретного) уровня кодирования к абстрактному (иерархическому) уровню. У лиц, по различным причинам неспособных совершать операции на абстрактном уровне, наблюдается периодическое или постоянное отсутствие самосознания (самопознания), что выражается главным образом утратой чувства тождества (невозможность дифференцировать «я» от «не-я» и «я» от «окружающего мира»), чувства собственной ценности и контроля над окружающим. Недоразвитие познавательной системы, особенно структуры «я», у истерической личности, которое проявляется главным образом малым информационным объемом структур (узость сферы понятийного отражения действительности), относительной неспособностью к внутренней реорганизации под влиянием новой информации, интегрированием информации по принципу оценочного соответствия, регуляцией полярного («черное — белое») типа, обуславливает низкий уровень самосознания или его отсутствие у индивидов такого рода. Это положение подтверждается клиническими наблюдениями [Kepinski, 1977]. Так, следовало бы понимать низкий уровень самосознания у истерической личности, о котором говорится в работах многих психиатров [Verbeek, 1973]. Таким образом, истерические расстройства личности отличаются как тенденцией к колебанию или понижению уровня сознания (в значении бодрствования) в результате

сверхоптимального роста активации, так и низким уровнем самосознания (самопознания). Легкость, с которой превышает оптимальный уровень активации, затрудняет достижение высшего уровня самосознания. Об этой важной особенности следует помнить, предпринимая любые попытки психотерапевтического воздействия, направленного на осознание и изменение социальных установок, поскольку она требует применения соответствующим образом подобранных лечебных методик.

Крайний эгоцентрический тип регуляции, проявляющийся антиобщественным поведением и очень низким уровнем самосознания (понимаемым обычно как неосознавание поступков), литература по психиатрии приписывает особой форме расстройств личности, определяемой термином «психопатия», или «неправильная личность». Большинство психиатров, полагая, что между правильной и неправильной личностью существует континуум, наряду с другими клиническими формами психопатической личности выделяют истерическую психопатию [Bilikiewicz, 1973; Bleuler, E., 1972; Gilarowski, 1957; Kahn, 1931; Schneider, 1950; Weitbrecht, 1973]. Противоположные взгляды высказывают, в частности, Bumke (1924), Еу и соавт. (1974), Кречмер (1944, 1974), подвергающие сомнению существование истерической психопатии. Считая правильной позицию второй группы авторов, стоит привести аргументы в поддержку мнения о качественном отличии психопатии от типичных расстройств личности.

Историческую «родословную» психопатии можно вести с первых клинических описаний социально неприспособленного поведения, причисленного Pinel (1813) к широкой категории «*manie sans delirc*», а Trelat — к «*la folie lucide*» [Cleckley, 1964]. В 1835 г. Prichard выдвинул концепцию так называемого морального помешательства (Moral insanity), характеризующегося деградацией или врожденным отсутствием моральных чувств при одновременно сохраненном интеллекте [Mayer-Gross et al., 1970]. С течением времени, главным образом под влиянием теории дегенерации Morel, этот термин стали применять исключительно по отношению к лицам с наследственно, как полагали, обусловленным недоразвитием моральных чувств, хотя синдром «морального помешательства» обнаруживали также и при различных психических заболеваниях. Понятие психопатии, а точнее психопатической неполноценности, ввел Koch (1891), обозначив им, подобно Prichard, постоянный дефект моральных чувств. Он придерживался позиции органической этиологии психопатии, в то время как, например, Ziehen (1902) писал о «психопатической конституции». Позже многие психиатры описывали тип личности, лишенной чувств, под различными названиями: «моральный дальтонизм» (Maudsley), «анестезия морального чувства» (Ballet), «моральная инвалидность» (Arnaud), «аморальная психопатия» (Birnbbaum), «анэтический СИНД-ДОМ» (Albrecht) и т. п. Некоторые авторы вместо психопатии предлагали такие определения, как анетопатия [Karpmann, 1946], олиготимия [Davidson, 1956], криеротимия (от греч. *hryeros* — холод, вызывающий ужас) [Luniewski, 1934] или социопатия [Patridge, 1930]. Одновременно возникла тенденция к разделению психопатии на различные типы на основании клинических критериев, что привело к многозначности и неточности этого понятия. В психиатрической практике наибольшей популярностью пользуются классификации Schneider (1950), Kahn (1931), E. и M. Bleuler [Bleuler, 1972], Кречмера (1944) и Ганнушкина (1933). Из выделенных ими более 10 типов психопатии ее первичному, традиционному, значению отвечает только тип индивида, причисляемый Bleuler к категории моральной недоразвитости («моральной олигофрении») или, по Schneider, к группе

бесчувственных психопатов. Клинические классификации психопатий не обладают ни теоретической, ни практической ценностью, поскольку не соответствуют основным требованиям логики (условиям исключительности и дифференцированности) и охватывают любые формы расстройств личности, а значит, и такие, которые уже по своему определению не являются психопатиями.

Чрезмерное расширение понятия психопатии, лучшим примером которого является монография Кемпиньского (1977b), привело к тому, что этот диагноз ставят зачастую непродуманно, на что справедливо обращают внимание Jaroszynski и соавт. (1963). Поэтому в литературе, особенно англосаксонской, в последнее время наблюдается стремление уточнить диагностические критерии [Cleckley, 1964] «неправильной личности» (термин, предложенный вместо отягченного осуждающим значением названия «психопатия»). В литературе довольно единогласно подчеркивается, что «осевым» проявлением психопатии является бесчувствие, проявляющееся отсутствием моральных чувств, неспособностью переживать чувство вины и стыда, невозможностью установить прочные позитивные эмоциональные связи с другими людьми, макиавеллистической позицией и крайней сосредоточенностью на собственной особе [Craft, 1966; Henderson, 1939; Jakubik, 1975d; McCordowie, 1956]. Знатор этой проблемы Cleckley (1964) приводит следующие диагностические критерии неправильной личности: стойкая неспособность к эмоциональным связям, безличное отношение к половой жизни, отсутствие чувства вины и ответственности, невозможность удержаться от удовлетворения потребности, фиксированное и неадекватное антиобщественное поведение, саморазрушающий образ жизни (например, разрушение имеющихся после периода хорошей приспособленности успехов и достижений по причинам, непонятным окружающим), неспособность к постановке далеких целей, к предвидению последствий своего поведения и использованию своего опыта (неэффективность процесса научения), необъяснимое логически прерывание предпринятой конструктивной деятельности, сохранный «технический» интеллект, неспособность отличить ложь от правды, отсутствие страха, нетипичная или необычная реакция на алкоголь, частое шантажирование самоубийством, тенденция к самоповреждению.

Совершенствование методов исследования мозга (электроэнцефалография, пневмоэнцефалография и т. п.) привело к исключению из сферы психопатии расстройств личности, которые обусловлены приобретенным поражением центральной нервной системы, т. е. энцефалопатией или, как предлагает ее назвать Bilikiewicz (1973), характеропатией (органическим расстройством характера). По его мнению, дальнейшее развитие исследовательских методик позволит доказать, что в основе нарушений поведения, определяемых термином «психопатия», лежат повреждения мозга в раннем детстве. Ведь до сегодняшнего дня мы не знаем этиологии неправильной личности, хотя повсеместно распространено мнение о ее врожденной [Pionkowski, 1958] или наследственной обусловленности [Newkirk, 1957], в пользу чего, в частности, свидетельствует конституционально детерминированная низкая психологическая реактивность у таких лиц [Hare, 1975; Quay, 1965].

Низкая психологическая реактивность является причиной активного поиска сильной стимуляции (например, при помощи антиобщественного поведения), отсутствия страха или эмоционального напряжения в трудных ситуациях, отсутствия невротических симптомов, малой эффективности научения (отсюда

неумение использовать прошлый опыт и трудности в модификации поведения под влиянием социализации) и переучивания в процессе перевоспитания. Вероятно, низкая реактивность наряду с неблагоприятным воздействием среды в период раннего детства является столь же важным фактором, тормозящим правильное развитие эмоций. Таким образом, психопатия представляется врожденным постоянным дефектом структуры системы, который обуславливает особую патологию ее механизмов регуляции, проявляющуюся неправильным, главным образом антиобщественным поведением индивида. Кроме уже описанных свойств, психопатический тип регуляции характеризуется преобладанием инстинктивно-эмоциональных механизмов, низкой степенью развития познавательной системы (регуляция по принципу «да — нет», поликонкретный уровень познавательных структур, убогое информационное содержание структур, отсутствие иерархии ценностей, неспособность к предвосхищению и т. д.), реактивным поведением в сочетании с дезорганизацией целенаправленного поведения (направленного на выполнение задач), низкой степенью сознательности (преобладание в операциях образных, сенсорных кодов над понятийными, семантическими кодами, отсутствие самопознания), невозможностью добиться автономности (автономности «я» и индивидуального развития).

Постоянный структурный дефект на еще неизвестном современной науке уровне (возможно, клеточном, макромолекулярном или химическом) вызывает утрату основных свойств системы: открытости, активности и способности к самоорганизации, делая тем самым невозможным ее развитие. Невысокий потенциал развития используется обычно в неверном направлении, усугубляя нарушение регуляционных механизмов и патологический характер управления системой. Наследственно обусловленные или врожденные нарушения структуры системы значительно уменьшают ее способность к научению, что объясняет неэффективность психотерапевтических методик и процессов социализации, основанных на обучении решению проблем. У лиц такого типа возможность изменения поведения дают лишь методы классических и инструментальных условных рефлексов [см. Wolman, 1965]. Поэтому объем и возможности перевоспитания у них явно ограничены, что и определяет направление поиска наиболее эффективной модели ресоциализации при психопатии.

Изложенная концепция патогенеза и регуляционных свойств неправильной личности свидетельствует в пользу ее качественного, а не количественного отличия от классических расстройств личности. С точки зрения общей теории системы мнение о существовании истерической психопатии представляется неправильным. Однако суждение, пока теоретическое, о том, что неправильная личность является особой нозологической единицей, отличной от психических расстройств, причисляемых к категории психозов, неврозов или расстройств личности, нуждается в доказательствах.

5. Истерические синдромы

Истерия
Якубик А.

Истерия — одна из наиболее сложных форм психических расстройств; ее этиопатогенез, механизмы, симптомы, течение и лечение выдвигают много нерешенных проблем и спорных вопросов теоретического и практического

характера. Большинство авторов подчеркивают также серьезные диагностические трудности, связанные с выявлением истерических симптомокомплексов [Abse, 1950, 1966; Harlfinger, 1974; Langen, 1974; Mester, 1974], особенно в таких разделах медицины, как неврология [Hemprich, 1974; Prusinski, 1974], внутренние болезни [Hahn, 1974; Jezewska, Frckowiak, 1961], гинекология [Frick, 1974], офтальмология [Abramowicz, 1957; Kozakiewicz, Anisimowicz, 1965], ларингология [Bystrzanowska, 1969; Szlezak, 1972a, 1972b] и т. д. Решение некоторых важных проблем затрудняют имеющиеся разногласия по основной терминологии, в частности, в отношении столь фундаментальных понятий, как «истерический невроз», «истерическая реакция» или «истерический психоз». Например, классификация, предложенная Американским психиатрическим обществом, не выделяет понятия истерического психоза; а лишь истерический невроз конверсивного или диссоциативного типа, а принятая в Польше Международная классификация заболеваний, травм и причин смерти включает как истерический невроз (конверсивные симптомы), так и истерический психоз (диссоциативные симптомы), причисляемый к реактивным психозам. Расхождения классификационных схем, дефиниций истерии и клинических форм истерических синдромов объясняются не только различием взглядов на сущность и генез истерических расстройств, но и разнородностью концепций невроза [Fortuna, 1977; Obuchowska, 1976] и реактивных синдромов [Uszkiewiczowa, 1966]. В литературе по этой теме слишком много места уделяется терминологическим рассуждениям, не имеющим никакой эвристической ценности и потому не дающим возможности решить проблемы, касающиеся истерии. Ведь терминология является отражением определенных теоретических основ, т. е. играет не более чем второстепенную роль во всех попытках образования однородного понятийного аппарата.

В отдельных главах 3-го раздела детально обсуждались теоретические аспекты истерии с точки зрения классического психоанализа, неопсихоанализа, антропологической психиатрии, павловской теории, теории коммуникации и бихевиоризма. Однако до сих пор не освещена позиция авторов, которые истерические расстройства связывают с органическими изменениями центральной нервной системы, сводя возникающие таким образом патофизиологические механизмы либо к торможению корковых центров, либо к возбуждению подкорковых центров. Мнение об органической обусловленности истерии высказал еще в 1907 г. Sollier [Lisfranc, 1966]. Он считал, что повреждение коры наступает в результате длительного спазма мозговых сосудов. Основываясь на аналогии между некоторыми истерическими симптомами и экстрапирамидными гиперкинезами, Marinesco, Nicolesco, Jordanesco [Brim, 1954] расценивали их как результат повреждения ядер основания мозга, вследствие чего, как полагают Bing (1954) и Boschi [Stein, Slowicki, 1959], растормаживаются филогенетически более старые двигательные автоматизмы. Идентичный механизм описан Кречмером (1958, 1974). По мнению Vogt, Buscaino [Uszkiewiczowa, 1966], возбуждение подкорковых центров связано с повреждением стриопаллидарной системы. Rodovici и несколько раньше Van Bogaert [Lisfranc, 1966] выдвинули гипотезу о том, что истерические расстройства являются последствиями энцефалита, который вызывает разрыв связей между корой и областью полосатого тела. Хотя концепция органического генеза истерии и отвергнута современной психиатрией, некоторые авторы все еще считают, что в истерических расстройствах, особенно в реактивных синдромах, органический фон играет важную роль, а морфологические изменения не находят только из-за

несовершенства диагностической техники. Тем не менее сейчас господствует всеобщее мнение, что истерия — психогенно обусловленное, функциональное расстройство [Jarosz, Swynar, 1976].

5.1. Этиопатогенез истерических расстройств

Истерия
Якубик А.

Тезис о психогенном и функциональном характере истерии непосредственно отражает общепринятые взгляды на этиологию и патогенез невротических и реактивных синдромов. В учебниках психиатрии невротизмы описаны как психогенные функциональные расстройства с неоднородной клинической картиной. Термин «функциональные» означает, что в основе расстройства не обнаруживается в противоположность органическим заболеваниям структурных (морфологических) изменений клеток, тканей и органов. В свою очередь термин «психогенные» подчеркивает, что причиной невротизма является в широком смысле слова психическая травма, т. е. любая трудная ситуация (например, конфликт, фрустрация, стресс), оказывающая отрицательное влияние на психическое состояние индивида. Психическая травма считается основным причинным фактором реактивных синдромов, признаваемых большинством психиатров в качестве более глубоких расстройств, чем невротизмы, и качественно от них отличающихся. Поэтому многие исследователи расценивают реактивные синдромы как функциональные психотические нарушения и называют их «реактивными психозами» [Bilikiewicz, 1973; Jarosz, Swynar, 1976; Jaroszynski et al., 1976]. Чаще всего невротизмы и реактивные синдромы дифференцируют на основании клинической картины (например, различают истерические, невротические и реактивные синдромы, называемые иногда «истерическими психозами») и в зависимости от типа и протекания симптомов выделяют доминирующую патогенную роль ситуационного или же личностного фактора. Подробный обзор различных классификационных критериев невротизмов и реактивных расстройств содержится в работах Fortuna (1977) и Uszkiewiczowa (1966). В свете современных знаний о человеке традиционный, узкоклинический подход к невротическим и реактивным психопатологическим синдромам значительно упрощает эти трудные вопросы и не дает возможности выяснить сложный, многоплановый этиопатогенез и особую динамику симптомов, механизмов и взаимообусловленностей. Предлагаемый клинической психиатрией подход не устраняет недостатки диагностических методов [например, применение лишь классификационного нозологического диагноза, составляющего только часть развернутого диагноза; Ziemiński, 1973] и часто ведет к неоправданному выявлению причинных связей при наличии статистической зависимости (например, появление симптомов вследствие трудной ситуации). Наличие лишь мнимой причинной зависимости нередко можно легко доказать путем введения новой переменной, объясняющей зависимость и доказывающей отсутствие взаимозависимости исследованных прежде величин [Lazarsfeld, 1968].

В литературе в настоящее время преобладает трактовка невротизма как «заученного поведения», причем в это понятие включают как личность, так и межличностные отношения. Например, Obuchowski пишет, что невротизм — это «комплекс заученных реакций или действий, генерализованных прочным образом вследствие сопутствующих им подкреплению психологических травм, зафиксированный впоследствии путем ошибочного заучивания» [Obuchowska, 1976, с. 32]. Чаще всего невротизм расценивают как относительно постоянное расстройство, заученное и проявляющееся нарушением правильного

функционирования индивида (неприспособленность), и подчеркивают детерминирующие его биологические, личностные факторы и фактор среды. Obuchowska (1976) приводит три вида невротических расстройств: 1) невротические реакции, возникающие за счет классического обусловливания раздражителями, сигнализирующими об опасности, которой в действительности нет; 2) невротическое поведение — заученное (путем инструментального обусловливания) поведение типа неприспособленности, т. е. неадекватное ситуации по своему значению; 3) невротическое развитие личности — неправильные установки по отношению к окружающему и к себе, заученные путем моделирования (например, подражание поведению, перенятие мотиваций), а также фиксированные и расширенные за счет включения соответствующих механизмов. Фиксация и чрезмерная генерализация наряду с одновременным включением имеющегося в каждой правильной реакции процесса дифференцирования происходят обычно тогда, когда среди механизмов регуляции преобладает страх [Masserman, 1943; Eysenck, 1957], который может явиться подкреплением разнообразных и часто случайных сигналов. Главная черта невротических расстройств — своеобразный парадокс: индивид реализует свои задачи и потребности «не для себя, а как бы против себя» (стремление к воспроизведению прошлого негативного опыта, к попаданию в неблагоприятные для себя ситуации) [Obuchowska, 1976]. К условиям возникновения невроза автор причисляет: 1) социальную среду (требования окружающих, личность матери, травмирующие ситуации и т. п.); 2) биологические особенности (тип нервной системы, физическая конституция, состояние здоровья, этап физического развития и т. п.); 3) личностные психические факторы (прошлый опыт и предвосхищение событий). По мнению автора, роль психических факторов (например, эгоцентрические цели, жесткий и несоответствующий возможностям уровень притязаний, психические травмы, непереносимость фрустрации и стресса) в этиопатогенезе неврозов вторична, поскольку они возникают вследствие неврозогенного влияния среды и становятся одновременно проявлением и определяющим фактором существующих расстройств. Происхождение невротических расстройств отражает существующие ситуации, прошлый опыт и предвосхищаемые события, причем эта связь, конечно, не имеет простого причинно-следственного характера. Obuchowska подчеркивает патогенное значение неправильного предвосхищения (антиципации) явлений и ситуаций: лица с нарушенными установками, неадекватно отражающие действительность, неверно предвидят события (примером невротической антиципации является страх неудачи), что особенно сильно нарушает их функции.

В стремлении к разработке правильной модели истерических расстройств источником интересных теоретических и исследовательских решений могут стать концепции Leder (1971, 1972) или Zaborowski (1976b). В эклектическом теоретическом направлении, представителем которого является Leder, преобладает концепция широко понимаемой теории научения. По мнению этого автора, в основе неврозов лежат нереалистические установки, деформированные схемы восприятия и познания, неумение правильно решать проблемы и конфликты, неадекватные эмоциональные реакции и нарушение межличностных отношений. «Возникновение этих расстройств, обобщенно называемых невротическими, связано с воздействием целого ряда биологических, психологических и социально-культурных факторов, хотя не всегда ясно, какие из них являются причиной, а какие следствием, а также какие из них наиболее существенны в каждом отдельном случае. Вероятно, возникновению

невротических расстройств способствуют как особенности личности и биографические факторы, так и актуальные условия семейной, профессиональной и общественной жизни. Они составляют звенья в цепи «этиопатогенеза» [Leder, 1971]. У некоторых людей благодаря суммированию действия генетически-конституциональных и приобретенных в раннем детстве патогенных факторов (биологические факторы и неправильное протекание процесса социализации) имеется столь высокий невротический потенциал, что дополнительное влияние стрессовых ситуаций приводит к появлению невротического синдрома и даже к социальной декомпенсации. Leder считает, что у индивидов с низким невротическим потенциалом воздействие травмирующих ситуаций ведет к появлению только отдельных невыраженных невротических симптомов, а у лиц, у которых значительно выражена роль биологически-конституциональных условий развития и патогенное влияние психологических и социально-культурных факторов отмечается с раннего детства, следует ожидать развития неправильных черт или дефектов структуры личности [Leder, 1968].

Zaborowski (1976b) предложил попытаться проанализировать расстройства личности и неврозы с точки зрения предложенной им так называемой концепции выравнивания установок, которая является вариантом теории межличностного равновесия ([Festinger, 1957; Heider, 1958; Os-good et al., 1957]. Теория Zaborowski — великолепный пример использования метода идеализации (см. раздел 1.4) при исследовании психопатологических явлений. Концепция выравнивания установок содержит несколько основных положений: 1) в отношениях между людьми ведущую роль играет эмоциональный фактор (все чувства и установки можно рассматривать по шкале «положительные — отрицательные»); 2) в межличностных отношениях эмоциональные установки имеют тенденцию к симметризации и относительному (сближению установок партнеров) или полному (установки приобретают одинаковый знак и уровень) выравниванию, которое может быть как постоянным (стереотипным), так и временным (ситуационным); это выравнивание эмоций происходит по принципу обратной связи и представляет собой процесс, последовательные этапы которого ведут к выравниванию уровней установок партнеров и к стабилизации всей системы (к восстановлению равновесия); 3) в основе тенденции к выравниванию установок находится механизм «эперцепции» (сокращение от выражения «восприятие эмоциональной установки партнера»), который заключается в преобразовании разнообразной информации в информацию об эмоциональной установке партнера; 4) в межличностных отношениях каждый индивид добивается более или менее выгодного баланса эмоционального обмена; под эмоциональным балансом (ЭБ) следует понимать разницу между количеством получаемых чувств (эмоций) (ПЭ) и отдаваемых чувств (ОЭ), т. е. $ЭБ = ПЭ - ОЭ$. Следует подчеркнуть, что фундаментальное утверждение о тенденции к выравниванию эмоциональных установок, как обнаружено эмпирической проверкой, является закономерностью вероятностного типа.

Согласно концепции Zaborowski (1976b), личность состоит из системы потребностей и установок и является результатом воздействия определенных общественных отношений, структура которых определяется чувствами, с которыми человек сталкивается или которые сам испытывает. Поэтому расстройства личности и неврозы являются главным образом результатом отрицательных эмоций (например, вражды, недоверия, отверженности), проявляющихся в межличностных отношениях. Индивиды, страдающие

неврозами и расстройствами личности, обнаруживают неправильное сочетание потребностей, тесно связанное с защитными механизмами, и внутренние конфликты, вытекающие из наличия противоречивых потребностей и эмоциональных установок. В происхождении этих явлений играют роль нарушения отношений с родителями и другими значимыми лицами, особенно в детском возрасте. Люди с нарушениями личности отличаются отсутствием или недостатком способности интегрировать противоречивые потребности и установки, поэтому их отношения в обществе носят двойственный характер, т. е. обычно нестабильны и неупорядоченны. При таких межличностных отношениях проявляются искажения восприятия, конфликты потребностей, постоянные колебания эмоциональных установок (положительное и одновременное враждебное отношение к партнерам или к себе), т. е. неспособность придерживаться однозначных реакций и установок, а также нереальные планы и требования к окружающим. Таким образом, основной источник неврозов — двойственность межличностных ситуаций, приводящая к отрицательному, непостоянному, асимметричному и т. п. выравниванию эмоциональных установок вместо позитивного выравнивания их. Такой тип неправильных общественных отношений характеризуется невыгодным эмоциональным балансом (избыток или недостаток) для одного или обоих партнеров. К двойственным межличностным ситуациям Zaborowski, в частности, причисляет следующие: 1) индивид одновременно отвергается и одобряется одним и тем же лицом или за идентичное поведение один раз поощряется им, а в другой — наказывается; 2) за определенное поведение одно и то же лицо оценивает его положительно, а за другое — отрицательно; 3) индивид одобряется одним лицом и отвергается другим; 4) за определенные особенности поведения одобряется одним лицом, за другие — другим, причем эти особенности поведения в большей или меньшей степени противоречат друг другу; 5) за одно из своих качеств индивид одобряется одним лицом, а за другое — отвергается другим; 6) индивид пользуется положительным отношением обоих партнеров, находящихся между собой в конфликтных отношениях. Невротические расстройства появляются, когда индивид не может выровнять эмоциональные установки либо когда его эмоциональный баланс невыгоден. Глубина конфликта и выраженность невроза тем больше, чем более интенсивны и двойственны эмоциональные установки партнеров, чем сильнее они подавляют свои положительные или отрицательные чувства и чем труднее им найти лицо, с которым можно было бы вступить в новые, более удовлетворяющие их отношения. Описанные невротические расстройства автор определяет как «межличностные неврозы на почве двойственности любовь—вражда» [Zaborowski, 1976b, с. 199]. В концепциях невротических расстройств Leder, Obuchowska или Zaborowski [в соответствии с взглядами авторов польских учебников психиатрии — Bilikiewicz, 1973; Jarosz, Cwynar, 1976; Korzeniowski, 1969] главный принцип дифференцирования истерического невроза основан на критерии клинической симптоматиологии, т. е. на преобладании определенных симптомов и особой динамике их. Однако обоснованность выделения разнообразных невротических синдромов, в том числе истерического невроза, исключительно на основании клинической картины вызывает серьезные сомнения [Fortuna, 1977]. Sokolik. Malewski (1965) предлагают, например, классификацию неврозов, основанную на глубине невротических механизмов и на их защитном значении. Еще более радикальную позицию занимают исследователи, которые вообще подвергают сомнению необходимость дифференцирования неврозов. Ведь отказ от выделения клинических форм неврозов является логическим продолжением принятых ими теоретических

концепций, например структурального подхода к невротическим расстройствам [Aleksandrowicz, 1977] или кибернетической модели неврозов [Grochmal-Bach, 1971]. В свою очередь Кемпиньский (1972а) основывает классификацию неврозов как на симптоматических критериях, так и на особенностях патогенетических механизмов, например: на нарушении отбора воспринимаемой информации (неврастенический невроз), расстройств процессов решения (невроз навязчивых состояний) или создании автономного центра интеграции (истерический невроз). В предлагаемой Кемпиньским нейрофизиологической интерпретации невротических расстройств обнаруживается отчетливое влияние основных положений общей теории систем (рассмотрение живого организма и нервной системы как самоуправляемых систем, анализ психопатологических феноменов с точки зрения энергетически-информационных процессов, использование кибернетической терминологии и т. п.), хотя они не всегда последовательно соблюдаются.

Что касается реактивных расстройств, то здесь господствует столь же общепринятое мнение об этиопатогенетическом значении биологических (например, состояние вегетативной и гормональной систем, перенесенные инфекции и интоксикации, конституция), психологических (например, личность, психическая травма) и социальных (взгляды, верования, социальные условия, принятые обществом образцы поведения и т. п.) факторов, аналогичных тем, которые действуют при неврозах. Подобные же затруднения возникают и в отношении дефиниций, классификации, диагностических критериев, этиологии и патогенеза. Беспольными оказались критерии Ясперса для диагностики реактивных нарушений: психическая травма, психологическая связь между травмой и содержанием реактивных переживаний, исчезновение расстройства с прекращением действия травмирующего фактора [Jaspers, 1973]. В клинической практике неудобны также любые попытки субъективно определить такие присущие (как считается) реактивному синдрому черты, как внезапность и сила психической травмы [Uszkiewiczowa, 1966], неадекватность выраженности раздражителя интенсивности и длительности реакции [Bilikiewicz, 1973], необычность формы и степени расстройства [Schneider, 1955], качественное, а не только количественное, как в неврозе, несоответствие реакции травматическому переживанию [Korzeniowski, 1969]. По мнению Uszkiewiczowa (1966), можно выделить два основных механизма возникновения реактивных расстройств: 1) биологический, который рефлекторным путем обуславливает возникновение так называемой шоковой реакции (эмоциональное потрясение с резкими вегетативными реакциями) в результате воздействия внезапной прямой опасности (например, стихийных бедствий), вызывающей сильный страх; 2) психологический, который определяет не столь резкие, дифференцированные психогенные расстройства определенного психического содержания, символически или прямо отражающего» стремления и опасения индивида. В возникновении реактивных синдромов обычно участвуют оба механизма, но роль их может быть различной и в зависимости от этого различна симптоматика.

5.2. Гипотетическая модель этиопатогенеза

Истерия
Якубик А.

В свете клинического опыта и на основании обширных данных литературы можно выделить два вида истерических симптомокомплексов: истерический невроз и истерические реактивные расстройства. Однако недостаточность эмпирических исследований не позволяет сформулировать полное (т. е. включающее в себя достаточное и необходимое) условия применения

определяемого термина) определение обоих типов истерических расстройств даже с точки зрения общей теории систем. Поэтому предпринятые до сих пор попытки дать полное определение их привели к созданию неадекватных или научно бесполезных понятий [Boschi, 1951; Chodoff, Lyons, 1958; Cruchet, 1951; Delgado, 1952; Lisfranc, 1966; Minirth, 1975; Rojas, 1954]. На современном уровне знаний об истерии возможно лишь частичное (вероятностное) определение, которое не только помогает избежать упомянутых ошибок, но и предлагает метод выделения отдельных аспектов истерических расстройств, облегчая тем самым их исследование. С точки зрения системного подхода истерию можно определить как приобретенное, заученное и относительно постоянное нарушение самоуправления (саморегуляции) живой системы, проявляющееся дисфункцией механизмов интеграции на разных уровнях внутрисистемной организации. Истерические невротические и реактивные расстройства отличаются эссенциальной структурой этиопатогенеза (иерархией важности патогенетических факторов), а также уровнем дезинтеграции регуляционных механизмов системы, определяющим особенности клинической картины.

В генезе истерии в литературе упоминаются чаще всего три основных фактора, тесно связанных между собой: 1) конституциональный, 2) личностный и 3) ситуационный. Правда, насколько подчеркивают главную роль ситуационного (психическая травма) фактора при реактивных истерических синдромах, настолько в этиопатогенезе истерического невроза, особенно в последние годы, все три фактора оценивают равнозначно (хотя обычно безоговорочно эти взгляды не выражаются). Такая эпистемология с позиций здравого смысла является проявлением феноменализма (см. раздел 1.4), который в перспективе развития теории и эмпирических исследований истерии в научном отношении бесполезен. В современной методологии науки общепринят тезис эссенциализма о иерархической структуре (т. е. неравнозначности) факторов, детерминирующих данное явление. Следовательно, значение отдельных патогенных факторов при возникновении разных, в том числе истерических, расстройств различно. Эссенциализм основан на методологическом принципе перехода от идеализации к четкой конкретизации. Таким образом, первоначальные идеализационные положения данной эссенциальной структуры усвершенствуются в результате их эмпирической верификации. Выбор определенной эссенциальной структуры по отношению к истерическим расстройствам имеет не только теориеобразующую ценность, но и выдвигает также соответствующее направление исследований, которые дадут возможность конкретизировать или отвергнуть первоначальные положения.

В соответствии с идеализационной теорией науки [Nowak L., 1977], исходным понятием при конструировании эссенциальной структуры является понятие влияния одного фактора на другой: фактор А считается влияющим на фактор В в сфере Z в том случае, если изменение фактора А вызывает в сфере Z изменение фактора В. Например, известно, что на социальные установки человека (фактор В) в детском возрасте (сфера Z фактора В) оказывают влияние воспитательные действия родителей (фактор А). Так что понятие влияния выражается следующей фразой: «воспитательные действия родителей оказывают влияние на социальные установки ребенка». Тот же фактор А может не влиять на фактор В в сфере 2 (зрелый возраст), например воспитательные действия родителей могут не оказывать влияния на социальные установки взрослого человека. Понятие влияния одного фактора на другой используется для упорядочения множества факторов, влияющих на данную (определенную)

величину, а также иерархизации их в зависимости от степени влияния.

Рассмотрим 1 какой-либо фактор (определяемая величина) F , т. е. множество проявлений (интенсивностей) данной черты F . Совокупностью фактора F является множество U всех объектов, обладающих в какой-то степени чертой F . Вместо фразы о том, что фактор A влияет на фактор F в сфере Z (подсистема Z совокупности U фактора F), можно сказать, что фактор A существует для фактора F в сфере Z . Множество существенных для F факторов в сфере Z составляют пространство факторов P , существенных для F в сфере Z . Если пространство P насчитывает много факторов, некоторые из них преобладают над другими по своему влиянию на фактор F в сфере Z (т. е. более существенны для F в сфере Z), другие влияют одинаково (т. е. в равной мере существенны для F в данной сфере). Факторы, наиболее существенные для F в сфере Z , называются главными факторами и обозначаются $H_1, \dots, H_n$. Остальные факторы называются побочными факторами F в сфере Z и обозначаются $p_1, \dots, p_k$. Ряд множества существенных факторов можно представить в форме следующей иерархии, обозначаемой как эссенциальная структура фактора F в сфере Z :

$$S_F^Z: \begin{array}{ll} (k) & H_1, \dots, H_n \\ (k-1) & H_1, \dots, H_n; p_1 \\ & \dots \dots \dots \\ (1) & H_1, \dots, H_n; p_1, \dots, p_{k-1} \\ (0) & H_1, \dots, H_n; p_1, \dots, p_k \end{array}$$

Знаками $k, k-1, \dots, 1, 0$ обозначен уровень значимости эссенциальной структуры фактора F в сфере Z . Уровень (0) называется поверхностным уровнем, поскольку включает в себя все факторы, в какой-то степени влияющие на F в сфере Z . Уровень (k) называется внутренним уровнем, так как включает в себе самые существенные (для F в Z) факторы. Остальные уровни глубокие. Факторы, проявляющиеся на этом уровне эссенциальной структуры, равнозначны для F .

В практике многие исследователи не включают в пространство P все существенные факторы из-за невозможности точного выделения их и влияния их на F . Эти опущенные, но существующие в действительности и оказывающие интерференционное влияние на зависимость величины F от главных и побочных факторов величины называются факторами помех. Они могут появляться всегда вместе с существенными для F факторами или нерегулярно. Главные факторы контролируются исследователем, факторы помех не контролируются, побочные факторы могут контролироваться, а могут и не контролироваться. Точнее говоря, « q является фактором, контролируемым исследователем только в том случае, если: 1) исследователь знает, что q влияет на F ; 2) исследователь может определить характер влияния q на F ; q является фактором, не контролируемым исследователем, в том случае, если: 1) q представляет собой фактор помехи или же 2) исследователь знает, что q — побочный фактор, но не может определить характер его влияния на F » [Brzezinski, 1976a, с. 12].

По Brzezinski (1976a), концепция L. Nowak является ограниченной из-за принятия онтологического принципа изолированности проявляющихся совместно факторов. В то же время исследовательская практика показывает, что

факторы могут взаимодействовать между собой и оказывать совокупное влияние на величину F . Поэтому эссенциальную структуру пространства существенных для F факторов следует рассматривать не только как состоящую из факторов, действующих отдельно, но и (или исключительно) из взаимодействующих между собой (независимо от их количества) факторов. Принцип взаимодействия существенных факторов позволяет проводить эксперименты, основанные на вариационном анализе, построенном на идеях Фишера, признанных, например в экспериментальных науках, самыми совершенными для проверки гипотез [Winer, 1962]. Этот вид эксперимента дает возможность тестирования значимости влияния на F как отдельных факторов, так и взаимодействия их при помощи вариационного анализа, факторного анализа, анализа множественной регрессией. Askoff (1969) утверждает, что две переменные (факторы) взаимодействуют, «если влияние, которое одна из них оказывает на подчиненные ей явления, зависит от значения, принятого второй переменной» (с. 390). Brzezinski (1976a) предлагает три типа взаимодействия: 1) взаимодействие главных факторов — $\text{in } (H_1, \dots, H_n)$, 2) взаимодействие главных факторов с побочными — $\text{in } (H_1, \dots, H_n; p, \dots, p_k)$, 3) взаимодействие побочных факторов — $\text{in } (p_1, \dots, p_k)$. В эссенциальной структуре взаимодействия на каждом из ее уровней факторы взаимодействуют между собой. Такова упрощенная формула эссенциальной структуры взаимодействия для фактора F в сфере Z :

$$S_F^Z: \quad (k) \quad H_1, \dots, H_n; \text{ in } (H_1, \dots, H_n);$$

$$(k-1) \quad H_1, \dots, H_n; \text{ in } (H_1, \dots, H_n); \text{ in } (H_1, \dots, H_n; p_1)$$

$$\dots$$

$$(0) \quad H_1, \dots, H_n; p_1, \dots, p_k; \text{ in } (H_1, \dots, H_n);$$

$$\text{in } (H_1, \dots, H_n; p_1, \dots, p_k); \text{ in } (p_1, \dots, p_k)$$

Число взаимодействий определенного типа на данном уровне эссенциальной структуры определяют при помощи соответствующего показателя [Brzezinski, 1976a, с. 19—20].

Можно предположить, что диапазон существенных этиопатогенетических факторов для истерических расстройств (Рад) состоит из: 1) конституционального фактора (К); 2) личностного фактора (Л); 3) ситуационного фактора (С). Однако эссенциальная иерархизация диапазона факторов, существенных для истерического невроза (ИН) или для реактивных истерических расстройств (РИ), будет различной. Истерический невроз имеет (предположительно) следующую эссенциальную структуру:

$$(0) \mathcal{J}; \mathcal{C}; \mathcal{K}; \quad in(\mathcal{J}; \mathcal{C}); \quad in(\mathcal{J}; \mathcal{C}; \mathcal{K}), \quad in(\mathcal{C}, \mathcal{K})$$

Уровни значимости эссенциальной структуры для величины ИН: внутренний уровень (2), глубокий уровень (1) и поверхностный уровень (0). Наиболее значимый (существенный) фактор Л (личность), наименее — фактор К (конституция). К факторам помех можно отнести, в частности, физическую усталость, перенесенные соматические заболевания [Cukanowa, 1962] и т. п.

Формула эссенциальной структуры реактивного истерического синдрома

выглядит следующим образом:

(2) С;

(1) С; Л; $in (C; L)$

(0) С, Л, К; $in (C; L)$; $in (C; L; K)$; $in (L, K)$

Наиболее существенный фактор — С (ситуация), наименее — К (конституция). К существенным факторам помех относится органическое повреждение центральной нервной системы, роль его в патогенезе реактивных нарушений подчеркивают многие авторы [Uszkiewiczowa, 1966], даже в тех случаях, когда не обнаруживают органических изменений. Разработка правильных методов определения патогенного влияния органических факторов является еще нерешенной проблемой, а установление причинной связи между повреждением центральной нервной системы и истерическими расстройствами на основании высокого процента обнаруженных при электроэнцефалографических и пневмоэнцефалографических исследованиях патологических изменений [Wdowiak, 1963] с методологической точки зрения является весьма сомнительным, хотя бы из-за отсутствия случайно выбранной контрольной группы.

Переход от теории к эмпирическим и экспериментальным исследованиям требует операционализации как определяемого фактора F (истерический синдром), так и каждого (конституционального, личностного и ситуационного) из факторов, входящих в состав эссенциальной структуры, что непосредственно связано с подбором или построением орудий исследования. Принципиальные трудности возникают уже в отношении измерения переменной, которую составляет истерический синдром, поскольку до сих пор не созданы адекватные средства измерения, а немногочисленные проекты в этой сфере основаны на слишком низкой [Bendefeldt et al., 1976] или ошибочно верифицируемой избирательности [Woodruff et al., 1969]. Применение вопросников или шкал клинических симптомов [Perley, Guze, 1962] не имеет большой методологической ценности, хотя и является прогрессом на пути объективизации диагностических критериев. Таким образом, в исследовании истерии основной задачей представляется разработка соответствующих средств исследования и экспериментальных методик.

Значительно лучше выглядит возможность операционализации конституционального фактора, составляющего постоянные направляющие свойства каждой живой системы. В длительно существующей трудной ситуации конституциональный фактор может способствовать возникновению определенных функциональных и даже структурных нарушений [Strelau, 1975b]. На патогенное влияние сочетания темперамент — ранняя неправильная социализация (наряду с сочетанием предрасположенности с условиями среды) при истерических расстройствах обращают внимание Eysenck, Rachman (1965). Принятая нами концепция конституционального фактора (см. раздел 4.5) позволяет операционализировать два его основных критерия; уровень психологической реактивности и общий уровень активации. Мы уже располагаем средствами измерения таких показателей психической реактивности, как чувствительность и резистентность к раздражителям, активность поведения (степень потребности стимуляции), временные параметры реакции (скорость, постоянство, подвижность и темп реакции), а также определенными экспериментальными планами в этой области {Eliasz, 1974;

Strelau, 1974]. Общий уровень активации можно измерять при помощи, например, таких показателей: изменения записи ЭЭГ и а-индекса [Terelak, 1975], уровень адреналина и норадреналина в крови [de Walden-Galuszko, 1976a], а также косвенно, за счет оценки степени эмоционального возбуждения электромиографическим (изменение мышечных потенциалов), сфигмографическим (изменение пульса и артериального давления), пневмографическим (изменение дыхания) исследованиями, изучением кожно-гальванической реакции (изменение проводимости кожи) и т. п. [Reykowski, 1974; Woodworth, Schlosberg, 1963]. Однако оценка степени важности конституционального фактора в генезе истерических расстройств, т. е. соответствия (или несоответствия) ее предлагаемой эссенциальной структуре, требует разработки адекватных экспериментальных планов. Особенно важным представляется определение не только роста общего уровня активации в определенной экспериментальной ситуации, но прежде всего индивидуального оптимального уровня активации у лиц с истерическими синдромами.

Операционализация личностного фактора зависит от принятой исследователем теории личности. В области развития теоретических концепций личности в клинической психиатрии, к сожалению, нет особых достижений. По-видимому, этим объясняются явная методологическая слабость исследований нарушений личности, а также отсутствие убедительных эмпирических данных относительно роли личности в этиопатогенезе истерии. Быть может, и поэтому в клинической практике понятие истерического невроза довольно часто смешивают с понятием истерической личности. Еще и поныне можно встретить также с ошибочным убеждением, будто условием возникновения истерических синдромов является истерическая структура личности пациентов [Monne-Dzikowska, 1971]. Эти неправильные взгляды критиковали многие авторы [Keplinski, 1972a; Lisfranc, 1966; Ljungberg, 1957; Ziegler et al., 1960], которые указывали на появление истерических расстройств у людей, не обнаруживающих признаков истерической личности, и, наоборот, возникновение других видов неврозов и реактивных синдромов у лиц с чертами истерической личности. Результаты детальных клинических исследований указывают, что среди больных истерией только у 7—18 % диагностируется истерическая структура личности [Barnet, 1971; Chodoff, Lyons, 1958; Stephens, Kamp, 1962; Wulfert, 1969]. Лишь Lewis и Berman (1965) приводят более высокий процент (более 50), но применяемые ими диагностические критерии слишком широки и включают в себя также и черты, характерные для других типов личности. В последние годы наблюдаются интересные попытки исследовать личность при истерическом неврозе на основе познавательных теорий, в частности концепции психологического дифференцирования [Witkin et al., 1962] и теории регуляции Т—О — Т—Е ([Miller et al., 1960]. У больных истерическим неврозом обнаружены, например: «зависимый от поля» стиль восприятия [Bendefeldt et al., 1976; Nowicka-Gawgcka et al., 1976], расстройство функционирования внутренней программы ориентации [Nowicka-Gawgcka, 1975], дисфункция регуляции активности [Rodgers, Ziegler, 1967].

С точки зрения общей теории систем и принятой в настоящей работе концепции личности (см. раздел 4) операционализация личностного фактора, входящего в состав эссенциальной структуры истерических расстройств, должна учитывать следующие элементы: 1) степень задержки развития системы (особенно такой центральной регуляционно-интеграционной системы, как личность), которая

приводит к потере, уменьшению или нарушению способности к управлению и поддержанию состояния функционального равновесия (гомеокинеза); 2) уровень развития инстинктивно-эмоциональных механизмов и познавательных структур; 3) общие принципы функционирования познавательных структур (например, «все или ничего», «черное — белое», «да и нет»); 4) уровень организации познавательных структур, т. е. их формальные свойства (стабильность, эластичность, сложность, степень интеграции), особенности содержания (информации) и функций (стандарты регуляции); 5) уровень развития структуры «я» и присущие ему виды функционирования (чувства тождества, контроля, собственной ценности, «реальное я» и «идеальное я»); 6) уровень сознания; 7) степень толерантности к информационному несоответствию (особенно к отсутствию информации, поддерживающей структуру «я»), а также количество, характер и постоянство предпочтительных методов устранения его (например, защитных, разряжающих, манипуляционных механизмов); 8) тип регуляции поведения (эгоцентрический, социцентрический, аллоцентрический и т. п.); 9) степень нарушения основных свойств системы: открытости, активности, самоорганизации, саморегуляции, способности к управлению, поддержанию равновесия и к научению.

Стремление к операционализации в рамках системного подхода к личности пока сопряжено со многими трудностями, которые связаны с еще недостаточным развитием методов исследования, особенно в изучении познавательных структур [Szustrowa, 1976b]. Среди разработанных к настоящему времени методик исследования в практике, в частности, применимы Rep Test [Kelly, 1955], Conceptual Systems Test [Harvey et al., 1961], Measuring Integration Rules, Paragraph Completion Test [Schroder et al., 1967] — для исследования сложности познавательных структур; семантический дифференциал [Osgood et al., 1957] — для исследования установок; техника Q-sort [Stephenson, 1964], вопросник самоодобрения [Karylowski, 1975b] и тест отношений [Szustrowa, 1972] — для исследования уровня самоодобрения; тест ассоциативного эгоцентризма [Szustrowa, 1976a] и техника Q-sort [Paszkievicz, 1972] — для исследования степени эгоцентризма; вопросник эмоционального контроля [Brzezinski, 1976c] — для оценки механизма эмоционального контроля. Поэтому исследование роли личности в генезе истерических симптомокомплексов требует создания новых методик, отличающихся высокой достоверностью и точностью.

По аналогии с конституциональным и личностным факторами операционализация ситуационного фактора, который входит в состав эссенциальной структуры истерии, тесно связана с соблюдаемыми теоретическими принципами. Поэтому мы остановимся на анализе понятия ситуации, концепция которой, в отличие от подробно изложенных теорий личности и конституции, до сих пор еще не обсуждалась. Наиболее последовательно системный подход представляет теория ситуации Tomaszewski (1975c), и поэтому именно она станет предметом нашего обсуждения.

По Tomaszewski (1975c), наряду с понятием среды, которое акцентирует относительную стабилизацию системы (и отношений индивид — окружение), понятие ситуации используют в том случае, когда хотят подчеркнуть изменчивость этой системы (появление новых и убывание старых элементов). Ситуация человека — это «система его взаимоотношений с другими элементами своей среды в определенный момент времени» [Tomaszewski, 1975c]. О

ситуации мы говорим в том случае, если система такого рода рассматривается в связи с человеком (субъектом ситуации), который, будучи одним из элементов ее, по какой-либо причине выделяется, а также в случае, если система рассматривается в связи с определенной активностью субъекта. Ситуация человека определяется как его собственными свойствами, так и свойствами элементов окружающего и отношением всех этих свойств. Ситуации можно классифицировать по их субъекту (например, ситуации ребенка, супруга, работника и т. п.), по типу основной активности субъекта (например, ситуация проблемы, задачи, решения и т. п.) или по элементам окружающего (например, случайные ситуации, аварийные ситуации и т. п.). По мнению автора, следует отвергнуть упрощенное разделение ситуаций на объективные, существующие независимо от того, кто ее воспринимает, и субъективные, т. е. такие, какими их кто-то воспринимает в определенный момент. Всегда следует учитывать как объективное состояние вещей, так и его восприятие субъектом, потому что «поведение человека, даже если оно соответствует восприятию действительности, а не объективным свойствам предметов, вызывает тем не менее последствия в соответствии с объективными, а не воспринимаемыми или воображаемыми свойствами» (Tomaszewski, 1975с).

Как известно, существует два различных уровня организации поведения (см. раздел 1.5): элементарный — реактивное поведение (реакция на раздражители) и высший — целенаправленное поведение (осуществление задач). В связи с этим можно выделить два аспекта ситуации: в одном ситуация служит источником раздражителей, воздействующих на субъект, в другом — полем осуществления определенной задачи. Поведение человека в данной ситуации является одновременно реакцией на эту ситуацию и ее решением. Структурой раздражителей ситуации мы называем систему ее элементов, воздействующих в данный момент на субъект как раздражители и вызывающих его реакцию. Эта структура определяется объективными, физическими свойствами элементов окружающего мира (объектов и событий), а также соответствующей сенсорной чувствительностью, реактивностью и приобретенными навыками индивида. Стимулирующее действие ситуации двойственно: неспецифическое (регуляция общего уровня активации субъекта) и специфическое (вызывание определенных реакций, например, бегство, нападение и т. п.). Специфическая стимулирующая функция ситуации значительно усложняется и организуется в случае целенаправленного поведения. Ситуации-задачи также определяются свойствами элементов окружающего мира и субъекта, а также их взаимоотношениями. Одновременно ситуации-задачи определяются и тем, как человек воспринимает, понимает и оценивает эту систему зависимостей: например, если он не понимает ситуацию, то реагирует на нее, но разрешить ее не в состоянии. Подобным образом эмоциональное состояние субъекта может существенно изменить его ситуацию. Tomaszewski характеризует структуру ситуации — задачи как систему ценностей и возможностей (положительных или отрицательных, объективных или субъективных); при этом ценностью он называет состояние вещей, которое определяет направление активности человека, а возможностью — состояние вещей, от которого зависит, будет ли эта ценность воплощена в действительность. Автор разделяет ситуации на такие, которые представляют собой особую систему ценностей (ситуации важности, моральных требований, успеха, опасности) или систему возможностей (ситуации зависимости, власти, социального контакта, соперничества). Ситуации могут иметь различный объем и сферу действия. Объем ситуации соответствует направлениям активности, т. е. ценностям,

которые субъект старается в данной ситуации достичь. Поэтому он зависит от иерархии ценностей индивида и ее субъективного отражения— предпочтения ценностей. Ситуации являются относительно закрытыми (ограничены какой-либо сферой) системами, т. е. «на протекание основной активности субъекта оказывают влияние раздражители, ценности и возможности, встречающиеся в определенной сфере, а элементы не из этой сферы на ход активности не влияют (или их влияние гораздо более косвенно)» [Tomaszewski, 1975с, с. 30]. Для определения этой сферы Lewin (1963) ввел понятие «поле» и «барьер», который это «поле» окружает.

Реактивное поведение (раздражитель-реакция: S-R) существует в границах целенаправленного поведения (задача-результат: Z-W); это означает, что механизм S-R подчиняется системе Z-W, которая является для него точкой отсчета и определяет (каждый раз значение S и в соответствии с этим характер R. Задаче подчиняются не только внешние факторы регуляции поведения, но и регуляционная функция внутренних структур, которая реализуется в контексте задачи. Это выражается формулой: $Z/S-R/W$. Однако основной источник задач, реализуемых человеком, — это его ситуация и происходящие в ней изменения, поэтому формула механизма регуляции целенаправленного поведения должна быть расширена:

$$ST_p [Z/S-O-R/W] ST_k,$$

где ST обозначает ситуацию человека, ST_p-ST_k— последовательность событий от начальной ситуации, которая создала потребность (ST_p), ставшую основой задачи, до конечной ситуации (ST_k), которая планировалась как осуществление задачи и результат правильного целенаправленного поведения [Tomaszewski, 1977]. Ведь в организации целенаправленного поведения (деятельности) человека ведущую роль играет антиципация (предвосхищение) его результатов (см. разделы 1.5 и 4.4).

Tomaszewski (1975с) выделяет нормальные ситуации, в которых ценности (реализуемые задачи) и возможности (условия, методы решения задач и свойства субъекта) взаимно приспособлены, и трудные (стрессовые) ситуации, которые отличаются несоответствием ценностей возможностям. В трудных ситуациях нарушается ход основной активности субъекта и уменьшается вероятность решения задачи. Достижение предполагаемого результата возможно только при изменении поведения (структуры деятельности). С точки зрения этиопатогенеза истерии выяснение роли и структуры трудных ситуаций представляется фундаментальной проблемой.

В зависимости от вида нарушений Tomaszewski выделяет пять основных типов трудных ситуаций: депривация, ситуации перегрузки, затруднения, опасности и конфликтные. Депривация— это случаи неудовлетворения основных потребностей субъекта (например, физиологических, социальных, информационных и т. п.) или неудача в достижении запланированных целей (нереализованные задачи). Ситуации перегрузки возникают в том случае, когда трудность задачи на грани физических или психических возможностей субъекта. О затруднении говорят, если возможность реализации задачи уменьшается вследствие появления в ситуации каких-то преград (например, физических, социально-моральных) или недостатков (например, предметных или информационных). Помехи на пути реализации задачи характеризуют так

называемые фрустрационные ситуации. Фрустрация — это прерывание деятельности, направленной на осуществление определенной задачи, в результате чего человек бывает вынужден изменить программу действий, чтобы достичь цели или же изменить саму цель своей деятельности (предполагаемые результаты). В этом случае причиной блокирования стремлений субъекта может быть как внутреннее препятствие, так и отсутствие положительного подкрепления или же появление конкурентной мотивации [Frqczek, Kofta, 1975]. Конфликтные ситуации возникают, когда индивид находится под действием противоположных сил (например, противоречивых мотивов). Lewin (1936) выделил три главных типа конфликтов: 1) конфликт типа стремление — стремление, т. е. ситуация, в которой субъект стоит перед выбором между двумя доступными для достижения положительными ценностями, но реализация одной исключает достижение другой. После принятия решения по мере приближения к цели привлекательность избранной ценности возрастает, а отвергнутой — снижается; 2) конфликт типа избегание — избегание, т. е. ситуация, в которой субъект вынужден (не имеет возможности «покинуть поле») выбирать между двумя отрицательными ценностями, причем избегание одной из них способствует столкновению со второй. Если уровни тенденции к избеганию обеих ценностей близки, ситуация вызывает колебания и длительное эмоциональное напряжение, потому что при сближении с одной из целей ее непривлекательность возрастает, а это усиливает тенденцию к выбору противоположной цели (действие останавливается и возвращается к исходной точке). Обычно конфликт безотлагательно разрешается попыткой «выйти из игры» (например, в виде поиска временных заместителей целей, «бегства в болезнь»); 3) конфликт типа стремление — избегание, возникающий в ситуации, когда субъект может реализовать положительную ценность, но только примирившись с отрицательной ценностью. В этом случае имеются двойственные тенденции: по мере приближения к цели возрастает стремление как к достижению, так и к избеганию ее; отказ от завоевания положительной ценности сопровождается ростом привлекательности цели; в этой ситуации часто наблюдается поведение типа «уклонение от трудностей» [Tomaszewski, 1975c]. Следует подчеркнуть, что, кроме описанных мотивационных конфликтов, могут встречаться так называемые познавательные (информационные) конфликты несколько иного характера (см. концепцию несоответствия информации — раздел 4.6). Последняя из перечисленных категорий трудных ситуаций — ситуация опасности, при которой повышена вероятность нарушения или утраты ценностей, дорогих для субъекта, например, жизни, здоровья, чувства собственной ценности, близких лиц и т. п. По Reykowski (1966), сущность ситуации опасности состоит в том, что человек предвидит (антиципирует) потерю, которую понесет (или может понести, если не примет контрмеры).

Много аналогий со взглядами Tomaszewski можно обнаружить в концепции трудных ситуаций Lewicki (1969) и в теории психологического стресса Reykowski (1966). По мнению последнего, стресс — это такие элементы ситуации (например, однократные или повторные конфликты, опасности или лишения), которые вызывают перегрузку системы регуляции, что приводит к отрицательным изменениям функционирования индивида. Общим свойством стрессовых ситуаций является их столкновение с существующим ходом активности индивида, что заставляет его для достижения ранее запланированной цели изменить поведение (организацию деятельности) Стресс вызывает: 1) рост общего уровня активации и периферическое возбуждение; 2) появление

сильного эмоционального напряжения и отрицательных эмоций, например, страха, беспокойства, паники, гнева, сниженного настроения, 3) возникновение особой мотивации для преодоления стресса (например, страховочные действия) или для защиты от его последствий (бегство, нападение и т. п.). Длительно существующий стресс приводит к расстройствам регуляции поведения и функций организма, особенно при низком уровне индивидуальной сопротивляемости стрессу (определяется иногда более узким понятием «толерантность к фрустрации»). Сопротивляемость стрессу мы понимаем как способность, несмотря на появление стресса, сохранять предшествующее направление, эффективность и организационный уровень поведения [Graszek, Kořta, 1975]. Степень сопротивляемости стрессу обусловлена несколькими факторами: выполняемыми задачами (вид, сложность и умение выполнять их), физиологическими процессами (усталость, заболевания, медикаменты и т.п.), психологическими процессами (например, мотивация), свойствами индивида (особенности нервной системы, реактивность, потребности, познавательные структуры и т. п.), а также опытом прошлого.

Следует отдавать себе отчет, что не каждый стресс или трудная ситуация имеют истерогенное значение даже при наиболее неблагоприятном влиянии двух остальных факторов: конституционального (например, высокая реактивность) и личностного (например, расстройства личности). Поэтому среди трудных ситуаций справедливо выделяют, например Obuchowska (1976), отдельную категорию так называемых травмирующих ситуаций, носящих неврозогенный характер. По мнению указанного автора, это ситуации, которые одновременно нарушают деятельность и угрожают чувству собственной ценности и (или) потребности в безопасности, которые человек не в состоянии преодолеть и от отрицательного воздействия которых он не может защититься. Основываясь на теории информации, Свядоц (1971) считает неврозогенными ситуации, которые характеризуются дефицитом значащей (т. е. влияющей на вероятность достижения цели) информации, что повышает степень неуверенности индивида в отношении вероятности достижения намеченной цели в соответствии с формулой:

$$I_z = \log_2 \frac{P_t}{P_0},$$

где I_z —значащая информация, P_0 — вероятность достижения цели перед поступлением информации, P , — вероятность достижения цели после получения информации. К подобным выводам приводит и теория Симонова, рассматривающая эмоции как процесс компенсации информационного дефицита [Obuchowski, 1970].

В свете принятой нами концепции личности можно обобщенно определить травмирующие ситуации как ситуации, которые сигнализируют возможность потери чувства тождества и (или) чувства собственной ценности с одновременным отсутствием или неэффективностью приспособительных механизмов индивида (например, защитных, разряжающих, манипуляционных). Таким образом, травмирующие ситуации являются угрозой «я» и играют очень важную роль в генезе различных психических расстройств, а не только истерии. Они являются источником большого информационного несоответствия (отсутствие информации, поддерживающей структуру «я»), которое вызывает сильное эмоционально-мотивационное напряжение, что при неэффективности

приспособительных механизмов может вести к нарушению самоуправления системы. Одним из проявлений нарушений саморегуляции системы является появление клинических симптомов истерии. Сущностью травмирующих ситуаций является антиципация индивидом опасности для «я».

Проведенный детальный анализ значимых факторов эссенциальной структуры истерии свидетельствует, что в этиопатогенезе истерических расстройств, как невротических, так и реактивных, основное значение имеют конституциональный, личностный и ситуационный факторы. Для целей исследования и связанной с ним операционализации эти факторы можно было бы свести к следующим переменным величинам: уровень реактивности (а также оптимальный уровень активации); формальные, содержательные и функциональные свойства структуры «я» (или всей познавательной и инстинктивно-эмоциональной системы); травмирующие ситуации. Это позволяет точнее, хотя безусловно и упрощенно, определить характер факторов, которые составляют эссенциальную структуру истерических синдромов. Например, эссенциальная структура истерического невроза (без учета взаимного влияния) выражается записью:

- (2) ПС, ИЭМ
- (1) ПС, ИЭМ; ТС
- (0) ПС, ИЭМ; ТС; УР

В свою очередь эссенциальная структура истерических реактивных синдромов может быть записана так:

- (2) ТС
- (1) ТС; ПС, ИЭМ
- (0) ТС; ПС, ИЭМ; УР

где ПС — познавательная система, ИЭМ — инстинктивно-эмоциональные механизмы, ТС — травмирующие ситуации, УР — уровень реактивности. По аналогии с приведенными формулами можно записать взаимодействие эссенциальных структур истерии (см. ранее). Перечисленные значимые факторы включают в себя патогенное влияние биологических, психологических и социально-культуральных (в широком смысле слова) компонентов, которые воздействуют в определенной временной перспективе (опыт прошлого, актуальные и антиципируемые ситуации).

В исследовании генеза истерических расстройств очень важно познать механизмы, которые определяют развитие определенных симптомокомплексов, поскольку каждый из них имеет особую клиническую картину. Несмотря на наличие обширной литературы по этому вопросу, проблема до сих пор еще не решена и не изучена. Большинство авторов ограничиваются в своей интерпретации неясными или чрезмерно обобщенными утверждениями; например, пишут о механизме «бегства в болезнь», инструментальном и коммуникационном значении клинических симптомов или о их символическом характере, о функциональном преобладании подкорковых механизмов над корковыми, об автономизации интеграционных центров (особенно чувствительно-двигательной функции) и т. п. Отсутствие синтетических, междисциплинарных теоретических положений и соответствующих эмпирических исследований затрудняет решение этих фундаментальных

вопросов. В связи с этим каждая попытка более подробного теоретического объяснения механизмов, обуславливающих специфичность клинических форм истерии, имеет эвристическую ценность и может вдохновлять на дальнейшие исследования. Такие ценные концепции содержатся, в частности, в работах Кемпиньского (1972a) и Obuchowski (1970).

В соответствии с теорией деятельности Tomaszewski (см. раздел 1.5) под влиянием внутренних механизмов и внешних (трудные ситуации) факторов взаимодействие трех организационных принципов целенаправленного поведения [более или менее случайное поступление актуальных раздражителей (рефлексы); использование опыта прошлого, соответствующего повторяющимся ситуациям (навыки); использование антиципации будущего (задачи)] может нарушаться, вызывая высвобождение подчиненных и более элементарных принципов поведения (типа S-R) из-под организующего влияния задачи (Z-W). Таким образом поведение регрессирует до уровня реактивного. На дезорганизацию целенаправленного поведения и высвобождение реактивных механизмов влияют колебания общего уровня активации — как его понижение (например, болезнь, усталость, недостаток стимуляции), так и чрезмерное повышение (например, информационное несоответствие, сильное эмоциональное напряжение). Экспериментальное обследование лиц с повреждением лобных долей мозга, [Лурия, 1967] и больных истерическим неврозом [Nowicka-Gawecka, 1975] обнаружило в обеих группах больных расстройства целенаправленного и контролируемого хода поведения, а также нарушение селективных, целеустремленных ориентационных программ, которые вызывались случайными, наиболее навязчивыми и несущественными ситуационными раздражителями. Конечно, реактивное поведение объяснялось различными причинами, но общий механизм (т. е. дезинтеграция) представляется похожим. Таким образом, у лиц с истерическими расстройствами реактивное поведение было реакцией на ситуацию (структура ситуации как раздражителя), но не являлось решением ситуации (ситуация в аспекте задачи). Ведь только целенаправленное поведение стремится разрешить заданную ситуацию, при этом механизмом регуляции является реагирование в соответствии с антиципацией будущего (цель—антиципируемая заключительная ситуация). Ход реактивного поведения в большей мере определяется раздражителями, т. е. -оно является реакцией на предшествующие события, а механизм регуляции — это реагирование в соответствии с опытом прошлого. Поэтому реактивное поведение основано на приобретенных, заученных путем классического и инструментального обуславливания, рефлексах (навыках) и в значительно меньшей степени — на врожденных, безусловных, рефлексах. Последние, составляющие так называемое инстинктивное поведение, приводятся в действие, по мнению Кречмера (1974), при некоторых истерических реакциях (например, двигательной буре или рефлексе замирания), возникающих в ситуациях серьезной, реальной опасности (например, землетрясение, наводнение, катастрофы и т. п.). Предполагая, что истерия — это особая форма реактивного поведения, можно отметить, что при истерических синдромах нарушается многоступенчатая схема механизмов регуляции системы: исчезает преобладание ориентационно-программирующей подсистемы (регуляция по информационному, т. е. семантическому, принципу) и начинают преобладать две остальные подсистемы — сенсорномоторная и активационно-эмоциональная (регуляция на основе колебания уровня активации в зависимости от последовательности раздражителей). Нарушения саморегуляции такого типа возникают под влиянием определенных внутренних

(расстройства личности, высокая реактивность) и внешних (травмирующие ситуации) факторов. Приведенные рассуждения характеризуются рассмотрением истерии на бихевиоральном (поведенческом) уровне, т. е. на уровне отношений человек — мир, в которых индивид как живая система является одновременно элементом надсистемы, которую составляет окружение индивида (например, физическая среда, социальная группа и т. д.). С точки зрения общей теории систем [Bertalanffy, 1967, 1968; Grayetal., 1969; Grinker, 1967] такой анализ недостаточен. Miller (1969) и Schneflen (1966) подчеркивают особо, что психические расстройства носят общесистемный характер и являются проявлением нарушения самоуправления живой системы на различных уровнях ее иерархической структурно-функциональной организации (согласно правилу, что изменение даже одного элемента системы вызывает изменения во всей системе; если этот элемент — подсистема, то изменяется надсистема): общества, группы, индивида, личности, организма, органов и систем (например, нервной, гормональной, дыхательной, сердечно-сосудистой и т. п.), клеток, молекул и т. д. Между системами на одном и том же уровне (например, гипофиз и кора надпочечников) и между подсистемой и надсистемой (например, щитовидная железа и эндокринная система) имеются разнообразные взаимоотношения. Поэтому исследование любых форм психических нарушений (независимо от их первоначального источника, например, психогенных, эндогенных, экзогенных) должно проводиться на многих уровнях: социальном, поведенческом, личностном, физиологическом, биохимическом и т. п. Отношения система — надсистема можно анализировать на различных иерархических ступенях, например, сравнивая физиологический уровень (подсистема) и социальный уровень (надсистема). Лучшим примером и одновременно подтверждением этого фундаментального закона живых систем является теория стресса Селье (1960). Исследованиями автора обнаружено, в частности, развитие изменений в адреногипофизарной системе в результате действия психических стрессоров. Результаты многочисленных экспериментов указывают также на тесную связь между эмоциональным напряжением и изменениями вегетативной и гормональной систем, процесса метаболизма. Исследования вегетативной системы (особенно сердечно-сосудистой системы и обмена веществ) у больных хроническими реактивными истерическими расстройствами были проведены Мякиной [Uszkiewiczowa, 1966]. На основании полученных результатов ею выделены три последовательные фазы вегетативных реакций: от стадии чрезмерного возбуждения вегетативной системы через стадию сниженной реактивности вплоть до стадии значительного истощения ее. В первой стадии (как и при кратковременных реактивных синдромах) обнаружены изменения углеводного обмена и рост энергетических процессов, затем наступают их угнетение и по мере затягивания реактивного синдрома нарушения белкового обмена. Межсистемные исследования такого рода при истерии — это исключения [Первов, 1960; Rigotti, 1951], поскольку в центре внимания авторов продолжают находиться лишь клиническая картина и ее психологически-социальная обусловленность. Быть может, поэтому проблема механизмов возникновения истерических расстройств остается неразрешенной.

Каждая живая система имеет ряд основных свойств: открытость, активность, способность к самоорганизации (внутренняя реструктуризация) и спонтанному переходу к высшим формам организации [так называемый анаморфоз; Gray Rizzo, 1969], способность к управлению (целенаправленное поведение), саморегуляции, самоконтролю, к поддержанию функционального равновесия, к обучению. Свойства системы в целом зависят не только от

свойств отдельных элементов, но также и от структуры системы, т. е. от обратных связей между ее элементами. Основа функционирования системы — информационные (точнее, энергетически-информационные) процессы, т. е. процессы поиска, приема, отбора, интегрирования, хранения, переработки, воспроизведения и вырабатывания информации. Эта модель объясняет существование внутреннего потенциала живой системы (определяемой также терминами «автономная», «самоуправляемая», «самостоятельная»), направленного на рост, развитие и созидание [Lange, 1966]. Система развивается благодаря информации, закодированной генами и познавательными структурами (модели самого себя, внешнего мира, отношения «я» — «мир»), но точное объяснение происхождения процесса развития представляется еще вопросом будущего. По Bertalanffy (1968), развитие живой системы происходит по следующим принципам: 1) принципу возрастающей дифференцировки (например, типа «я» — «не-я», «я» — «мир»); 2) принципу возрастающей автономизации (отдельные элементы утверждаются в определенных, специализированных функциях); 3) принципу возрастающей иерархизации (элементов и подсистем); 4) принципу возрастающей централизации (создание элементов управления, например, центральной нервной системы или личности как центральной системы интеграции и регуляции поведения); 5) принципу возрастающей организации (достижение все более высокого уровня структурально-функциональной организации), которая является очевидным следствием прогрессирующей дифференцировки и в связи с этим необходимости поддержания интеграции. Для правильного развития системы и поддержания ее способности к управлению (целенаправленное поведение) необходимо определенное количество и качество энергоматерии и информации (уменьшение энтропии, т. е. уровня непостоянства), поскольку система (в соответствии со II законом термодинамики) стремится к возрастанию энтропии, что проявляется тенденцией к уменьшению информации [Miller, 1969]. В этом случае не соблюдается в противоположность сохранению энергоматерии принцип сохранения информации, поэтому количество информации в системе может уменьшаться без возрастания количества ее в окружающей среде, но возрасть без уменьшения ее в окружающей среде не может. Сущность самоуправления системы в стремлении к сохранению функционального равновесия (гомеостазиса). Правильно и полностью функционирующей мы называем систему, которая осуществляет все процессы, к которым способна. Для понимания и познания механизмов возникновения истерических расстройств и психических нарушений вообще необходимо учитывать перечисленные свойства и принципы развития и саморегуляции систем. Описывая какую-либо живую систему, например человека, мы должны рассматривать его в целом, чтобы узнать, как она действует, — исследовать элементы (подсистемы) и их взаимоотношения, а для того чтобы узнать, почему она действует, — исследовать ее функции в надсистеме. Этот основополагающий принцип соблюдался нами в изложении анализа конституционального фактора, расстройств личности (истерической личности) и трудных ситуаций.

Наследственные и (или) врожденные патологические изменения структуры системы (например, в психопатии — см. раздел 4.10) вызывают более или менее постоянную утрату способности к развитию и задержку на более низком уровне развития. Подобные последствия вызывают приобретенные повреждения структуры системы (например, органические изменения в центральной нервной системе). В онтогенезе под воздействием многочисленных патогенных факторов

может наступить относительно постоянное (т. е. в виде лишь более или менее длительного торможения существующего потенциала развития) недоразвитие системы, например, в расстройствах личности (задержка развития познавательных структур, особенно структуры «я», и т. п.). В таком значении относительно постоянным нарушением развития и спонтанной активности системы (выражающимся главным образом в сосредоточении на восстановлении нарушенного внутрисистемного равновесия) следует также признать неврозы и реактивные расстройства, в том числе, следовательно, истерические синдромы. Они имеют функциональный (в клиническом значении этого термина), т. е. преходящий и обратимый, характер и проявляются нарушением функционирования всей системы, особенно более высокоорганизованных регуляционно-интеграционных функций. Ведь неврозы и реактивные синдромы являются общесистемным расстройством, а не нарушением одной или нескольких функций. Такая обобщающая точка зрения приводит, в частности, к распространению широко применяемого понятия регрессии на определение различных форм психических нарушений. В литературе по психиатрии и психологии под понятием «регрессия» подразумевают либо снижение уровня организации поведения (например, под влиянием эмоционального напряжения) — так называемое примитивное поведение, либо возврат к онтогенетически более ранним типам поведения (например, когда имеется большая опасность) — инфантильное поведение. В таком значении понятие регрессии широко используется по отношению к поведению больных с истерическими симптомами. В общей теории систем регрессия обозначает не утрату высокоорганизованных функций, т. е. возврат к более примитивному или инфантильному поведению, а нарушение дифференцирования и интеграции системы [Bertalanffy, 1969]. Несмотря на системный подход, Menninger и соавт (1963) рассматривают углубление психических расстройств как форму последовательного приспособления ко все более низким уровням гомеостаза (согласно концепции гомеостаза, психическое здоровье наблюдается в условиях удовлетворения инстинктов, потребностей и низкого эмоционального напряжения). Однако эта гомеостатическая модель человека ошибочна, поскольку действия человека выходят за рамки схемы гомеостаза; об этом, в частности, свидетельствует тот факт, что в ситуациях экстремального стресса и неудовлетворенных потребностей (военное время, заключение в концлагере и т. п.) количество неврозов [Bilikiewicz, 1973; Jagocz, 1975] и психозов [Bertalanffy, 1969] не увеличивалось, а уменьшалось. Человек — это активная, саморегулирующаяся, целенаправленная и способная к обучению система, и поэтому по отношению к ней мы говорим о гомеокинетической (функциональное равновесие), а не о гомеостатической регуляции.

На основании положений общей теории систем можно выдвинуть предположение, что сущность истерии — нарушение механизмов интеграции системы. В отличие от применяемого в литературе понятия «дезинтеграция» (от франц. *des*, восходящего к лат. *dis* — приставка, обозначающая уничтожение, распад, утрату или отрицание), определяющего потерю способности к интеграции, нам представляется более правильным применительно к истерическим расстройствам использовать термин «дизинтеграция» (от греч. *dys* — приставка, обозначающая исключение, нарушение). Согласно принципу, предложенному Manninger и соавт. (1963), чтобы подчеркнуть обратимость патологических состояний системы, которые являются следствием дезинтеграции, мы можем говорить о дисфункции (например, сенсорно-моторная дисфункция), дизрегуляции, дисконтроле, дизорганизации (например,

поведения). Аналогичное дифференцирование значений встречается и в других понятиях психопатологии: «расщепление» личности (шизофреническая дезинтеграция) и «диссоциация» личности (истерическая дезинтеграция). Вероятность проявления истерических расстройств возрастает в зависимости от силы воздействия на систему отдельных патогенных, т. е. конституциональных (высокая реактивность, низкий оптимальный уровень активации), личностных (низкий уровень развития познавательных структур, особенно структуры «я», функциональное преобладание инстинктивно-эмоциональных структур над познавательными) и ситуационных (актуальные или предвосхищаемые трудные ситуации, в особенности травмирующие) факторов (или их взаимодействия), а также от степени эффективности приспособительных механизмов (например, защитных, разряжающих, манипуляционных). Как следует из приведенного описания эссенциальных структур, истерические расстройства могут возникать и при интенсивном воздействии одного из главных факторов, в то время как остальные не имеют патогенного характера; например, истерические реактивные синдромы нередко наблюдаются у «нормальных» личностей, если они попадают в травмирующие ситуации, составляющие реальную угрозу для «я» (землетрясение, пожар, наводнение, транспортные катастрофы и т. п.). Истерическая дезинтеграция приводит к:

- 1) задержке спонтанной активности и развития системы;
- 2) нарушению дифференцирования в системе (например, различие «я»—«не-я» и «я» — «мир»); 3) нарушениям иерархического централизованного и комплексного уровня организации системы (например, в виде реактивного или направленного на восстановление гомеокинетического равновесия поведения, преобладания сенсорно-моторной системы над ориентировочно-программирующей, подкорковых структур над корковыми и т. п.); 4) дизрегуляции и дисконтролю системы и некоторых ее подсистем; 5) разнообразным дисфункциям (например, сенсорно-моторным); 6) снижению уровня сознания (блокирование системой входа для внешней информации, использование образного, конкретного кода); 7) изменению принципов регуляции системы (например, дихотомическая регуляция, в частности по принципу оценочного соответствия — повышение регуляционной функции закодированной информации с ограничением приема внешней информации и т. п.).

Механизм формирования богатой клинической картины истерической симптоматики еще не известен и не объяснен. Предположив, что сущность истерических синдромов в расстройстве механизмов интеграции системы, можно попытаться построить гипотетическую теоретическую модель формирования истерических расстройств. Из принятых ранее (см. раздел 4.6) принципов вытекает, что основой всего целенаправленного поведения индивида (управления системой) является информационное несоответствие. Целенаправленное поведение (реализация задач) мотивируется несоответствием информации, касающейся одного и того же состояния вещей, что Lukaczewski (1974) выражает формулой:

$$M = f \left[\frac{I_1}{I_2} \right]$$

где М — мотивация, f — знак функции, — ;3- — величина несоответствия

информации. Отдельные формы активности (виды поведения) зависят от трех переменных: возможности устранения несоответствия (U); прочности информационной структуры (Т), т. е. прочности информации, закодированной познавательной системой, и от величины информационного несоответствия — f_1 Эта зависимость выражается формулой:

$$A = f \left[UT \frac{I_1}{I_2} \right]$$

где А — конкретная форма активности [Lukaszewski, 1974, с. 247]. Функцию обнаружения несоответствия формальных аспектов информации (на уровне стандартов восприятия и моторных процессов) выполняет активация коры неспецифическими импульсами сетчатого образования, а функцию выявления несоответствия семантических аспектов (содержания) информации выполняют операции самосознания субъекта. Механизм выявления информационного несоответствия складывается из нескольких последовательных фаз: 1) поступление информации возбуждает сетчатое образование, которая активизирует кору мозга, что является условием восприятия раздражителей (формальных аспектов информации) корой; 2) раздражители приводят в действие стандарты восприятия (отражение физических свойств раздражителя), которые по некоторым или по всем чертам отличаются от поступающего раздражителя; 3) сопоставление двух комплексов раздражителей, отличных друг от друга, вызывает реципрокное увеличение стимуляции сетчатого образования, что в свою очередь дополнительно активизирует кору; 4) повышение уровня активации коры активизирует сознание субъекта, которое регистрирует поступление информации; 5) происходят сложные операции сравнения содержания информации (поступающей и закодированной) на уровне самосознания, и если информации отличаются, продолжается повышение уровня активации и периферического возбуждения; 6) оценивается величина и направление информационного несоответствия; 7) данные о величине и направлении несоответствия становятся основой формирования эмоционального процесса, характеризующегося повышенным уровнем возбуждения, знаком (положительный или отрицательный) и содержанием; 8) знак и содержание эмоционального процесса, а также информация о величине и направлении несоответствия регистрируются сознанием субъекта; 9) возникает мотивация (эмоция плюс направление) для устранения информационного несоответствия, причем эмоция является энергетической основой возбуждения и поддержания активности, а информация о величине и направлении несоответствия служит фактором, который направляет активность в правильную сторону и поддерживает это направление [Lukaszewski, 1974]. Пользуясь терминологией Reykowski, можно сказать, что информационное несоответствие генерирует эмоционально-мотивационное напряжение. Тенденция к уменьшению несоответствия обусловлена стремлением познавательных структур восстановить пошатнувшееся функциональное равновесие [Piaget, 1975] и вытекает из обязательного для живых систем закона сохранения гомеостатического равновесия.

Информационное несоответствие в широком смысле слова возникает не только в ситуациях восприятия информации (например, противоречивой, новой, неожиданной, неточной, неоднозначной, сложной), которая не соответствует закодированной информации, но и при отсутствии информации (информационного дефицита), особенно если информация необходима для поддержания структуры «я» (т. е. информация, подтверждающая интегральность

субъекта, контроль над окружением и собственную ценность субъекта). Несоответствие информации может также проявляться в форме противоречия двух систем закодированной информации. Индивидуальная переносимость информационного несоответствия уменьшается в зависимости от следующих переменных величин: 1) высокого исходного уровня активации; 2) ситуации предвосхищения несоответствия (в этом случае даже объективно соответствующая друг другу информация будет восприниматься как противоречивая); 3) низкого уровня развития познавательных структур (непрочность, ригидность или низкий уровень интеграции закодированной информации и т. п.); 4) высокой потребности структуры «я» в поддерживающей ее информации; 5) значимости места, которое закодированная информация занимает в ценностной иерархии субъекта (т. е. степени преобладания данной структуры в познавательной системе); 6) «идеального я» как

стандарта регуляции; 7) высокой реактивности; 8) неэффективности приспособительных (защитных, разряжающих, манипуляционных) механизмов. Источник больших информационных несоответствий — трудные ситуации, которые в случае невозможности уменьшения несоответствия приобретают травмирующий характер. При «благоприятствующем», патогенном влиянии перечисленных факторов информационное несоответствие легко приводит к сверхоптимальному росту активации, снижению или нарушению регуляционных функций системы.

С моментом превышения оптимального уровня активации человек приводит в действие соответствующие (защитные, разряжающие, манипуляционные) механизмы приспособления, задачей которых является уменьшить несоответствие, а тем самым снизить сверхоптимальную активацию (см. разделы 4.7 и 4.9). В случае отсутствия или неэффективности приспособительных механизмов устранения несоответствия не происходит, и потому сверхоптимальный уровень активации и периферическое возбуждение (обнаруживаемое как интенсивное эмоциональное напряжение и возбуждение вегетативной системы) по-прежнему нарастают. Одновременно отмечается постепенное снижение уровня сознания (сужение сознания) в соответствии с правилом криволинейной зависимости между уровнем активации и сознания, следствием этого является нарушение саморегуляции системы. Прежде всего нарушаются функции интеграции структуры «я», которая является центром интеграции поведения. Так возникает истерическая дезинтеграция, проявляющаяся особым комплексом клинических симптомов. Дезинтеграция структуры «я» проявляется главным образом нарушениями интегральности «я» (расстройства дифференцировки «я» — «мир» и «я» — «не-я» различной выраженности, например, в форме деперсонализации, раздвоения личности, сумеречного состояния или других проявлений так называемой истерической диссоциации), расстройствами контроля над собой и своим окружением (отсутствие целенаправленного и преобладание реактивного поведения, потеря эмоционального контроля, растормаживание моторных реакций и т. п.). Дефект дифференцирования «я» и контроля над окружающим углубляется вследствие прогрессирующего снижения уровня сознания и связанного с этим исключения поступления информации, существенной для целенаправленного поведения [Easterbrook, см. Frczek, Kofta, 1975]. Реактивное поведение может проявляться как по типу возбуждения (двигательное беспокойство, истерические припадки и т. п.), так и по типу торможения (например, истерическая кататония). В вегетативной системе наблюдается возбуждение парасимпатического или

симпатического отдела.

Истерическая дезинтеграция проявляется также разнообразными формами сенсорно-моторных дисфункций (в литературе по психиатрии называются конверсивными симптомами) как в виде торможения (например, анестезия, слепота, глухота, афония, парезы, параличи), так и возбуждения, т. е. гиперфункции (например, гиперчувствительность, гиперкинезы). Что касается сенсорно-моторных дисфункций (гиперфункции и гиподисфункции), Кепинский (1972а) считает их признаком выделения из целостной системы отдельного, автономного центра управления, благодаря чему «в истерической конверсии сохраняется кажущаяся интеграция (...), освобождая таким образом остальное от усилия интеграции» [Keripiriski, 1972a]. Однако дисфункции следует считать скорее результатом выключения интеграционных функций структуры «я», которые имеют преимущественно сознательный характер. Лишь в очень небольшой степени возможно бессознательное создание информационного синтеза. В процессе онтогенетического развития по мере обучения и приобретения навыков происходит автоматизация сенсорно-моторных функций; при этом контроль сознания становится излишним и даже может мешать этим функциям. Этому процессу сопутствует, хотя и не всегда, постепенный выход информации об этих функциях из-под контроля сознания. Вероятно, в результате истерической дезинтеграции определенные моторные и перцептивные стандарты появляются в поле сознания и нарушаются, но причина этого нарушения — расстройства интеграционной активности структуры «я», которая необходима для сохранения иерархической организации системы. «Высвобождение» автоматизированных функций, находившихся на низшем уровне внутрисистемной организации, является результатом повреждения многоступенчатой системы механизмов регуляции.

В начальной фазе сверхоптимального роста активизации может произойти переход к менее сложным принципам регуляции познавательных структур (например к «полярной» схеме), которые уменьшают величину информационного несоответствия, сравнивая информацию только в дихотомическом измерении (например, «похожий — непохожий»), что позволяет исключить несоответствия, обнаруживавшиеся прежде при использовании более сложных измерений. Если даже при дихотомическом принципе регуляции информационное несоответствие значительно не уменьшается, происходит дальнейший рост активации и периферического возбуждения, повышается эмоционально-мотивационное напряжение (нарастают отрицательные эмоции в форме страха или беспокойства), снижается уровень сознания. Как известно, уровень сознания определяется типом кодирования информации (например, сенсорным или семантическим). Высокий уровень сознания всегда связан с семантическим кодом (понятийное отражение мира, собственной личности, отношений «я» — «мир»). Снижение уровня сознания (истерическое сужение сознания) обозначает в порядке очередности: выключение самосознания (оперирование понятийными кодами наивысшей степени обобщения), затем, по мере роста активации, переход с уровня семантического сознания (оперирование понятийными кодами) на уровень перцептивного сознания (оперирование конкретными, образными кодами). Obuchowski (1970) говорит о замене иерархического кода поликонкретным кодом. При истерических расстройствах этот процесс может носить волнообразный характер: возможен противоположный переход с одного уровня сознания на другой (например, возвращение к уровню семантического сознания

или самосознания, как только исчезнет трудная ситуация, которая является источником информационного несоответствия). На уровне перцептивного сознания кодирование, или интеграция информации, происходит по принципу физического сходства воспринимаемых объектов и явлений [см. концепцию гностических элементов; Konorski, 1969], а на уровне семантического сознания — по принципу сходства содержания. Различие двух принципов кодирования проявляется также и в отличии связанных с ними основных механизмов: генерализации (конкретный, перцептивный уровень) и обобщения (семантический уровень) [Lukaszewski, 1974; Obuchowski, 1970].

Нарастание истерической дезинтеграции может приводить к тому, что основой саморегуляции становится уровень перцептивного сознания, тесно связанного с опытом прошлого (условнорефлекторным обучением) и направленного на выделение из ситуации аспекта ее как раздражителя (формального значения информации), пренебрегая ее аспектом как задачей (значением информации по содержанию). Таким образом устраняется семантическое информационное несоответствие, а сопутствующее этому действие механизма генерализации дополнительно увеличивает перестройку поступающей информации, которая начинает соответствовать даже перцептивному стандарту (конкретно-образному отражению мира). Одновременно сильное эмоциональное возбуждение и сужение сознания вызывают защитное ограничение п

5.3. Истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы

Истерия
Якубик А.

В литературе по психиатрии истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы причисляют к так называемым нарушениям конверсионного типа (используются синонимические термины конверсия, конверсивная реакция, истерическая конверсия, конверсивная истерия, истерический невроз конверсивного типа). Широкое распространение понятия конверсии независимо от теоретических взглядов авторов обусловлено психоаналитическими традициями и связано с введением этого названия в психопатологию Фрейдом (см. раздел 31). Среди современных психоаналитиков принято определять конверсию вообще как механизм трансформации страха, порожденного внутренними психическими конфликтами, в соматические симптомы [Lisfranc, 1966]. Психодинамическая модель конверсионной реакции включает в себя три основных элемента. 1) конверсия служит средством защиты от страха, т. е. является механизмом снижения страха; 2) сущность конверсии состоит в преобразовании «психической энергии» (либидо) в соматический синдром или симптом; 3) соматические симптомы в символической форме выражают лежащий в их основе внутренний конфликт. По Ziegler, Imboden (1962), «выбор» симптомов зависит от имеющейся у больного концепции болезни (обычно она определяется перенесенной им самим или наблюдавшейся у других болезнью), от идентификации с лицами, отношения с которыми нарушены, а также от соответствия симптомов символическому отражению определенных чувств и фантазий. Под конверсией авторы подразумевают исполнение роли человека с соматическим заболеванием, который в символах-симптомах сообщает окружающим о своем эмоциональном дискомфорте. Поэтому термин «конверсия» следует использовать только в метафорическом, а не дословном значении. Многозначность понятия конверсии [Assal, 1970; Chodoff, 1954; Dietrich, 1956; Hollender, 1972; Roth, 1957] и связанная с этим необходимость постоянно объяснять его в зависимости от теоретических принципов

свидетельствуют о практической и научной бесполезности этого термина. Учитывая более широкое клиническое значение, в соответствии с которым конверсия—Это потеря чувствительной и (или) двигательной функции [Rodgers, Ziegler, 1967], мы будем использовать определение «истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы» (в значении истерической, функциональной дисфункции этой системы).

Perley, Guze (1962) различают конверсионную реакцию (псевдоневрологические симптомы) и истерию как полисимптомное заболевание, в клинической картине которого имеются также и конверсионные симптомы. Подобное мнение высказывал Briquet (1839), в связи с чем предложено название «синдром Брике». По мнению авторов этого термина, диагноз истерии (синдром Брике) должен основываться на трех фундаментальных критериях: 1) появление первого эпизода заболевания до 35-го года жизни; 2) отсутствие органической причины расстройства; 3) наличие не менее 25 из 60 симптомов, к тому же распределенных по крайней мере на 9 из 10 групп симптомов: 1) головная боль, чувство общего недомогания; 2) парезы или параличи, афония, анестезия, слепота, глухота, судорожные припадки, нарушения сознания, истерические галлюцинации, астазия — абазия, амнезия, задержка мочи; 3) физическая и психическая утомляемость, истерический «комочек в горле», обмороки, боль при мочеиспускании; 4) страх, одышка, сердцебиение, боли в области сердца, головокружение; 5) отвращение к пище, тошнота, метеоризм, потеря аппетита, колебания массы тела, похудание, понос, запор; 6) боли в животе, рвота; 7) дисменорея, аменорея, обильные месячные; 8) половая слабость и холодность, болезненные половые сношения, плохое самочувствие во время беременности; 9) боли в крестце, суставах, конечностях, жгучие боли в области половых органов, заднего прохода, ротовой полости, боли в других участках тела, 10) страхи, плаксивость, раздражительность, снижение настроения, пессимизм, ожидание смерти, суицидальные мысли и попытки. Столь большое количество и многообразие симптомов отличают истерию от ипохондрии, при которой симптомы в основном постоянны и сохраняются «в одном тоне». Ценность описанных диагностических критериев была проверена на протяжении 6—8-летнего катамнеза [Bibb, Guze, 1972; Gatliff, Guze, 1963; Guze, 1967, 1970, 1975; Guze, Perley, 1963; Woodruff et al., 1971], больные истерией сравнивались также с группой больных, страдающих различными психическими заболеваниями (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения, алкоголизм, органические нарушения, депрессивные синдромы, фобический невроз, социопатия), с группой больных, госпитализированных по поводу хронических соматических заболеваний, и с контрольной группой [Farley et al., 1968; Woodruff, 1967; Woodruff et al., 1969]. При этом обнаружено сходство этиопатогенетических факторов при истерии и социопатии [Guze et al., 1971]. Указанные критерии стали основой программирования ЭВМ для целей клинической диагностики истерии [Woodruff et al., 1973]. Такая медицинская модель истерии завоевывает все больше приверженцев среди американских психиатров. Однако установленные диагностические критерии по своему существу вызывают ряд серьезных сомнений [Lisfranc, 1966; Slater, 1965]. Принципиальной ошибкой представляется включение в рамки истерии многих симптомов, типичных для депрессивных синдромов, ипохондрических, фобических и психосоматических нарушений.

Что касается истерических расстройств чувствительно-двигательной сферы, то наиболее характерными их свойствами считаются: 1) чрезмерность,

нетипичность, экспрессивность, интенсивность; 2) особая динамика (изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения, а при длительном сохранении — быстрое и неожиданное исчезновение); 3) изменчивость клинической картины в зависимости от исторической эпохи, уровня медицинских знаний и социально-культуральных условий; 4) широкие возможности подражания любым болезням или наслоения на их течение; 5) обогащение и расширение круга симптомов под влиянием новой информации, ятрогении, наблюдения других больных, внушения окружающих; 6) демонстративный характер в присутствии других лиц (что не встречается в одиночестве или при отсутствии интереса со стороны окружающих); 7) появление при использовании методов провокации (например, при сдавлении шейных сосудов); 8) инструментальный характер (является источником потребности «быть больным»), который проявляется исчезновением или ослаблением симптоматики при получении определенного вознаграждения (например, избавление от трудной ситуации и необходимости ее разрешения, удовлетворение эмоциональных потребностей, привлечение интереса, заботы, помощи или других форм участия окружающих, подчинение себе близких); 9) излечимость [Assal, 1970; Bilikiewicz, 1973; Ey et al., 1974; Jarosz, Cwynar, 1976; Кепинский, 1972a; Lisfranc, 1966; Mayer-Gross et al., 1970; Moody, Blyth, 1956; Свядош, 1971; Ziegler et al., 1960]. Как упоминалось ранее, некоторые психиатры расценивают и «прекрасное безразличие» как достоверный признак истерического расстройства. Хотя это мнение опровергалось многими авторами (следует подчеркнуть, что их наблюдения часто касались больных с истерически-ипохондрическими синдромами, что снижает ценность сделанных выводов), представляется обоснованным признание существования отчетливой «толерантности к симптомам» истерии у лиц данного типа; об этом свидетельствует диспропорция между драматичностью, распространенностью, интенсивностью симптомов и сравнительно небольшой степенью переживания их. Предположение о наличии толерантности к симптомам является также логическим следствием предлагаемой нами гипотетической модели истерии: устранение информационного несоответствия вызывает падение активизации и снижение эмоционально-мотивационного напряжения, т. е. ведет к уменьшению выраженности отрицательных эмоций (к снижению страха). Таким образом истерические симптомы приобретают ценность в качестве вознаграждения. Противоречие во взглядах по этому вопросу нередко может быть результатом неправильной оценки, так как чрезмерное демонстрирование симптомов и навязчивые декларации ощущения болезни очень легко можно принять за проявление глубоких переживаний в связи с фактом своей болезненной неполноценности. Во всяком случае чрезмерное сосредоточение на собственном теле (форма патологического «вовлечения я») в сочетании с явным страхом за свое здоровье характерно для ипохондрической настроенности, а не для истерии. До сих пор не проведены детальные исследования факторов, которые обуславливают появление определенных истерических симптомов, и частоты проявления определенных симптомов в репрезентативных выборках популяции. Поэтому приводимые в литературе проценты не имеют ценности, поскольку являются результатом анализа отобранных групп больных из одного, обычно психиатрического, центра. Отсюда большие расхождения цитируемых данных: например, частота проявления истерических парезов или параличей оценивается в широких границах — 5—33 %, астазии — абазии — 13—53 %, припадков — 5—76 %, афонии — 2—25 %, слепоты — 3—50 %, глухоты — 1—10 %, анестезии — 4—47 %, болей — 2—68 % и т. д., причем обследовались группы, насчитывающие от 20 до 200 больных, [Assal, 1970; Fallik, Sigal, 1971; Lis-franc,

1966; Ljungberg, 1957; Monne-Dzikowska, 1971; Purtell et al., 1951; Reed, 1975; Stefansson et al., 1976]. Часть авторов отмечают отчетливую зависимость возникновения определенной формы симптомов от их инструментальной функции приспособления. Например, Mucha, Reinhardt (1970) наблюдали даже 73 % истерических нарушений зрения у слушателей летного училища, а во время второй мировой войны Grinker, Spiegel (1945) выявляли слепоту почти исключительно у летчиков, а парезы и параличи ног — гораздо чаще у парашютистов, чем у солдат других родов войск.

Истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы могут иметь преходящий, кратковременный характер (продолжительность симптомов от нескольких минут до 10 дней и более) или относительно постоянный характер (симптомы сохраняются на протяжении многих недель, месяцев и даже лет). На таком основании часто выделяют острые и хронические истерические нарушения, хотя точные критерии такого разделения довольно априорны и произвольны [Lader, Sartorius, 1968; Meares, Horvath, 1972]. Еще более необъективно разделение истерических реакций на немедленные и отсроченные, т. е. наблюдающиеся в случаях, когда эмоциональное напряжение не сразу достигает соответствующего уровня. Общепринята лишь классификация чувствительно-двигательных дисфункций на две основные категории симптомов: торможение функции («гипофункция», «недостаточность») и возбуждение функции («гиперфункция», «гиперактивность», «усиление функции»).

К истерическим нарушениям типа торможения двигательных функций относятся парезы или параличи, спастические явления, астазия—абазия и нарушение речи. Функциональные парезы и параличи проявляются чаще всего в виде трех основных форм: 1) односторонний вялый парез или паралич, захватывающий верхнюю [Lisfranc, 1966] или нижнюю [Прохорова, 1956] конечность; 2) парапарез или параплегия [Brown, Pisetzky, 1954; Furtado, 1955; McAlpine, 1952], т. е. обеих верхних [Assal, 1970] или нижних [Grinker, Spiegel, 1945; Krishner, Kaplan, 1970] конечностей, или же тет-раплегия [Ziegler et al., 1960]; 3) гемипарез или гемиплегия [Lisfranc, 1966; Magee, 1962; Прохорова, 1956]. Вялым парезам или параличам могут (хотя необязательно) сопутствовать спастические парезы [Moody, Blyth, 1956] или атаксия [Kirshner, Kaplan, 1970]. Истерические параличи обычно имеют следующие общие признаки: 1) боли или ощущение слабости конечностей в период, предшествующий появлению пареза или паралича; 2) отсутствие патологических рефлексов; 3) нормальные, а иногда и повышенные глубокие рефлексy; 4) сниженный или нормальный мышечный тонус (обычно истерические параличи вялые, хотя нередко могут носить и спастический характер); 5) отсутствие мышечной атрофии (за исключением многомесячных или многолетних расстройств); 6) нормальная функция парализованной конечности в момент, когда внимание больного отвлечено от симптомов; 7) активное сопротивление при пассивных движениях, часто с участием всех «пораженных» мышц; 8) локализация паралича не соответствует физиологии (например, при полном, т. е. как сгибателей, так и разгибателей, параличе кисти сохранены полностью движения плеча); 9) мышцы, парализованные для данной требуемой функции, участвуют в других функциях (например, несмотря на паралич сгибателей стопы, больной может ходить на носках); 10) невозможность выполнения или выполнение в малом объеме движений в области, пораженной параличом; 11) неподвижность парализованной конечности при попытках активных движений в сочетании с

демонстрацией усилий пошевелить ею (например, преувеличенные гримасы, покраснение лица, напряжение мышц, непораженных участков и т. п.); 12) частое сочетание с другими истерическими нарушениями, особенно с анестезиями и припадками; 13) поражение мышечных групп в соответствии с популярными представлениями (например, половина тела точно по средней линии, рука, нога и т. п.); 14) внезапное появление или исчезновение симптомов под влиянием сильных эмоциональных переживаний.

В зависимости от локализации истерического пареза или паралича можно основывать диагноз на дополнительных, более подробных характерных признаках. При функциональном параличе в плечевой области больной прижимает верхнюю конечность к туловищу при быстром повороте всего тела вокруг оси [Prusinski, 1974]. При истерической гемиплегии мышцы лица и языка не затронуты, нижняя конечность действует хуже, чем верхняя, при ходьбе она волочится. Для нижней параплегии характерны сведение и легкая ротация ног кнутри. В диагностике знаменательно отсутствие симптомов Барре, Мингаццини и Грассе. Большой диагностической ценностью обладает также отсутствие симптома Hoover при функциональном параличе одной из нижних конечностей [Chusid, 1973]. Кроме исключения органической основы симптоматики (повреждения центральной нервной системы или периферических нервов), истерические парезы и параличи следует дифференцировать от более редких патологических состояний, в частности от миастении, периодических параличей и приступообразной адинамии, болезни Мак-Ардла, спорадической миоглобинурии и гипокалиемии [Prusinski, 1974]. В сомнительных случаях надо воспользоваться электромиографическим исследованием и измерить скорость проведения импульсов в нервных волокнах. В последнее время Krokowsky, Schliak [Bilikiewicz, 1973] разработан объективный метод дифференцирования органических параличей от истерических (относительно небольшой длительности) и главным образом от симуляции. Бездействие, вызванное настоящим параличом, приводит к уменьшению содержания гидроксилапатита, которое можно определить количественно при рентгенологическом анализе костного вещества пораженных конечностей (таким образом можно установить даже длительность существования пареза). При симуляции можно утверждать, что якобы парализованная конечность выполняла свои нормальные функции. В клинической практике проще всего обнаружить функциональный характер парезов или параличей, наблюдая нормальные движения пораженных конечностей во время сна больного.

Истерическим поражением нижних конечностей обычно сопутствуют более или менее выраженные нарушения походки [Moody, Blyth, 1956; Woolsey, 1976]. Можно выделить несколько основных форм истерической походки: 1) зигзагообразную походку, движение по ломаной линии, напоминающей букву «Z»; 2) приволакивающую походку — волочение конечности с характерным поворотом стопы внутрь с опорой на пятку и основание I пальца или, что бывает реже, волочение конечности, касаясь пола дорсальной стороной пальцев; 3) ходульная походка — на жестко выпрямленных и слегка раздвинутых ногах, напоминающая ходьбу на ходулях или движения робота; 4) скользящая походка — выдвигание конечности вперед со скольжением подошвы по полу, как коньков на катке; 5) коленопреклоненная походка — при перемещении вперед вставание на колени при каждом шаге; 6) балансирующая походка — наклоны, покачивание в стороны, как будто трудно сохранять равновесие; 7) хореоподобная походка — выгибание туловища в разные стороны,

перекрещивание ног, танцевальные движения рук; 8) прыгающая походка — прыжки, чаще всего на одной ноге, причем другая конечность используется мало и служит лишь опорой; 9) машущая походка — размахивание конечностью, прежде чем ее поставить; 10) псевдотабетическая походка — неловкое передвижение на широко расставленных ногах, слишком высоко поднимая их и шлепая стопами об пол. Частым симптомом истерии является невозможность стоять (астазия) и ходить (абазия), обычно проявляющаяся вместе как астазия — абазия [Turner, Hersen, 1975; Woolsey, 1976] Интересное описание казуистического наблюдения астазии — абазии, сохраняющейся в течение 30 лет, приведено в статье Friedman, Goldstein (1958). Больной с астазией — абазией не может самостоятельно стоять и ходить, хотя сила и тонус мышц, чувствительность и координация у него сохранены. При полной астазии — абазии пациент может самостоятельно подняться и встать, но не в состоянии ни стоять без посторонней помощи (падает назад или набок), ни сделать даже несколько шагов. При меньшей выраженности этого расстройства чаще всего наблюдается балансирующая, хореоподобная или прыгающая походка. Для диагноза важно обнаружить, что лежа или сидя больной все движения выполняет правильно. Иногда он свободно приседает, легко ходит на четвереньках или широко расставленных конечностях, а иногда может подпрыгивать на одной ноге или на двух ногах [Garcin, см. Prusinski, 1974].

Астазию — абазию и разнообразные формы истерической походки следует дифференцировать, в частности, от: 1) «косящей» походки при спастическом гемипарезе мозгового происхождения; 2) походки типа «перочинный нож» при спастическом нижнем парапарезе; 3) шаркающей походки при полиневритах, неврите малоберцового нерва, прогрессирующей мышечной атрофии; 4) утиной походки при парезе мышц нижней конечности в результате, например, повреждения ягодичных нервов; 5) паретической походки при вялом парезе нижних конечностей; 6) пропульсивной походки или походки мелкими шажками при синдромах паркинсонизма; 7) мозжечковой походки при повреждениях мозжечка; 8) табетической походки при повреждении задних канатиков (например, атрофия спинного мозга, дегенерация канатиков мозга); 9) шаткой походки при вывихе тазобедренных суставов или мышечной дистрофии, вызывающей ослабление мышц туловища и мышц нижних конечностей; 10) прихрамывающей походки при укорочении нижней конечности или деформации стопы. Астазию — абазию следует также отличать от психогенных нарушений процессов стояния и хождения из-за страха упасть (так называемая стазабазофобия), которые относятся к невротическим фобическим-ипохондрическим синдромам, а не к истерии, как полагают некоторые авторы. По мнению Prusinski (1974), астазию — абазию нужно дифференцировать от нарушений статики и походки в результате старческой атрофии мозжечка, глиомы мозжечка, псевдобульбарного паралича, болезни Паркинсона, повреждения лобных долей мозга, а также отравления медикаментами (например, фенитоином, пиперазином).

Моносимптоматическими, обычно истерическими, расстройствами являются параличи века (или века) и связанная с этим невозможность открыть глаза [Abramowicz, 1957; Ziegler et al., 1960]. В таких случаях обследование, как правило, обнаруживает легкий спазм круговой мышцы глаза, поэтому часть авторов называют его псевдопараличом века, поскольку при истинном параличе поражается мышца, поднимающая веко. Кроме того, обычно отмечают отсутствие компенсаторного напряжения мышц лба, небольшая складчатость

верхнего века и сопротивление при попытке пассивно поднять его, полное закрытие или значительное сужение глазной щели. Чаще, однако, встречается сильный двусторонний спазм круговых мышц глаза (блефароспазм), препятствующий открытию век или затрудняющий его [Odegard, 1961; Reckless, 1972]. При дифференциальной диагностике следует принимать во внимание двустороннее поражение глазодвигательного нерва, спастический паралич круговых мышц при повреждении подкорковых ядер, миастении, рефлекторный блефароспазм при конъюнктивите и различных заболеваниях глаза.

Относительно редкими видами истерических спазмов считаются: тризм [Ey et al, 1974], спастическое сходящееся косоглазие [Abramowicz, 1957], контрактуры суставов [Lis-franc, 1966; Ruch, 1953] и камптокормия [Carter, 1972; Hamlin, 1943; Moody, Blyth, 1956]. При тризме наблюдаются невозможность открыть рот и значительное сопротивление при пассивном открывании рта, а также отсутствие повышенного напряжения жевательных мышц. При дифференциальной диагностике следует принимать во внимание столбняк, травмы, артрит челюстно-височного сочленения, тонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. В свою очередь спастическое сходящееся косоглазие (поворот глазных яблок внутрь и вниз) дифференцируются от мезэнцефальных повреждений антетенториальной области или задней спайки. Истерические контрактуры суставов проявляются постоянным поддержанием конечности в определенном положении, сочетающимся с повышенным мышечным напряжением, они могут захватывать одну или несколько конечностей [крайне редко все четыре; Ruch, 1953]. Типичны локализация спазмов, вторичная деформация конечностей и усиление мышечного напряжения при попытках преодолеть его или в виде эмоциональной реакции на ситуацию. Верхняя конечность бывает отведена в плечевом суставе, согнута в локтевом, а пальцы сжаты в кулак или сложены в положении «писчего спазма». Нижние конечности принимают максимально выпрямленное или согнутое положение, хотя иногда наблюдаются деформация по типу «конской стопы» и спазм передней большеберцовой мышцы. Истерические спазмы появляются также на фоне болевых синдромов, приобретая в этих случаях локализацию, аналогичную наблюдаемой при органических процессах, что нередко создает серьезные диагностические затруднения. По Prusinski (1974), дифференцирование должно основываться на следующих предпосылках: 1) болезненность при пальпации в случае истерических спазмов носит разлитой характер, в основном охватывает мягкие ткани и не ограничивается областью суставов; 2) болезненность обнаруживается во всех мышцах данной конечности; 3) кожа в области суставов обычно не изменена (иногда отмечается гиперемия), температура ее нормальна; 4) всегда имеются сопутствующие истерические симптомы, особенно нарушения чувствительности; 5) спазм снимается при отвлечении внимания больного, во время наркоза и при гипнозе

Специфическим видом истерических двигательных нарушений является камптокормия [Carter, 1972, Rockwood, Eilert, 1969], описанная впервые Brodie в 1837 г. Она появляется чаще всего у солдат во время войны, действительной военной службы или у призывников [Hamlin, 1943]. До настоящего времени в литературе опубликовано только 4 казуистических случая камптокормии у женщин [Lazare, Kler-man, 1970]. Термин «камптокормия» (от греч. «кампто» — сгибаю, «кормо» — туловище) ввели Sougues и Rosanoff-Saloff (1914—1915). Проявление ее заключается в сгибании туловища вперед почти под прямым углом (обычно 30—70°; Carter, 1972). Характерные для нее симптомы также: 1)

невозможность выпрямиться и сильное сопротивление при попытках пассивно изменить положение; 2) выполнение в таком положении всех действий (в том числе ходьбы); 3) интенсивная перемежающаяся боль в спине и нижних конечностях; 4) руки, свисающие вдоль боков [как у «антропоида», Ballenger, 1976]; 5) лежа сгибание туловища полностью исчезает и позвоночник обнаруживает правильную конфигурацию; 6) расстройства походки; 7) сочетание с другими истерическими симптомами, например, расстройствами чувствительности, ограничением движений и т. п. Неврологическое и ортопедическое исследования, рентгенография позвоночника не обнаруживают отклонений от нормы.

Особую группу истерических двигательных дисфункций, при которых происходит избирательное расстройство вплоть до невозможности выполнения некоторых усвоенных профессиональных действий за счет спазма соответствующих мышц, в то время как другие движения тех же мышечных групп не страдают, мы называем профессиональными дис-кинезиями (синонимы: двигательный невроз, профессиональный спазм, профессиональный невроз [Kepiriski, 1972a; Lundin, 1974]). При этом симптомы зависят от характера профессиональных действий, выполняемых больным. Известны спазмы, проявляющиеся у писателей, машинисток, стенографисток, телеграфистов, скрипачей, виолончелистов, пианистов, портных, сапожников, чеканщиков, часовщиков, швей, доярок и т. д. У танцовщиц встречается спазм мышц голени, а у музыкантов, играющих на духовых инструментах, — спазм мышц губ и языка. Лучшее из изученных так называемый писчий спазм [Eysenck, 1964; Gromska, 1962], представляющий собой как бы модель профессиональных дискинезий и описанный еще в 1831 г. Bruck. Сущность этого расстройства в затруднении или невозможности писать с полным сохранением функций кисти при других действиях. В настоящее время выделено пять основных клинических форм «писчего спазма»: 1) спастическая, 2) болевая, 3) дрожательная, 4) паралитическая, 5) атактическая [Eysenck, 1964]. При спастической форме возникает спазм пальцев, которые держат карандаш или ручку, в связи с чем движения кисти, а значит, и письмо невозможны. Иногда двигательное расстройство распространяется на схожие действия, например, бритье, шитье [Prusinski, 1974]. В других клинических формах при попытке писать возникают боли, дрожание, расслабление пальцев (вызывающее выпадение ручки или карандаша) или нарушение координации движений. Во многих случаях, по мнению Gromska (1962), «писчий спазм» следует считать видоизменением дисграфии. При дифференциальной диагностике любых профессиональных дискинезий нужно принимать во внимание заболевания экстрапирамидной системы (например, паркинсонизм, торсионная дистония) и местные изменения органов движения.

К числу истерических расстройств принадлежит также спазм глотки, часто приступообразного характера и в сочетании с симптомом истерического «комка в горле» [Karpman, 1953; Lockhart, 1961; Pruet, Zoller, 1962; Rigby, 1952; Schoeneich, 1954]. Спазм глотки характеризуется затруднением глотания (дисфагия), как правило, более выраженным при приеме жидкой, чем твердой, пищи, обычно в сочетании с сильной болью [Laughlin, 1967]. В дифференциальной диагностике следует учитывать органическое сужение или перфорацию глотки, инородное тело, болезнь Plummer, псевдобульбарный паралич, новообразования, туберкуле глотки и бешенство. Истерический «комок», т. е. ощущение сдавливания в горле вследствие наличия как бы

неопределенной «глыбы» или «комка», может проявляться и как самостоятельный симптом (т. е. без спазма глотки); в этих случаях он исчезает во время еды. При сомнениях в диагностике полезно рентгенологическое исследование [Gunsel, 1952]. Lehtinen, Puhakka (1976) пишут о «синдроме истерического комка», потому что этот симптом нередко появляется при различных соматических заболеваниях (например, воспаление язычных миндалин, грушевидных синусов, фарингит, анемия, гипофункция щитовидной железы) и психосоматических нарушениях. Miayake и Matsuzaki (1970) обнаружили истерический «комочек» у больного с дефицитом железа в крови, но без признаков анемии.

Некоторые авторы включают в число истерических расстройств вагинизм [Eu et al, 1974; Israel, 1976; Moody, Blyth, 1956], заключающийся в спазме мышц влагалища перед половым сношением или во время него. Представляется правильной позиция Bilikiewicz (1973), который расценивает вагинизм как половое расстройство типа фобического невроза. Ведь основной психогенной причиной этого страдания является так называемый страх ожидания, например, боязнь дефлорации или страх быть обнаруженной в интимной ситуации. Распространению неправильного мнения об истерическом генезе этой формы полового невроза способствовали психоаналитические концепции и ошибочное диагностирование вагинизма у женщин с истерической личностью, у которых уклонение от половой жизни (например, известны случаи многолетнего супружества без половой близости на этой почве) является выражением манипуляционных механизмов (см. раздел 4.9). Также необоснованны мнения о мнимой половой холодности при истерии.

Особую категорию двигательных дисфункций составляют истерические расстройства речи [Carter, 1949; Eitinger, 1953; Lisfranc, 1966; Wilson, 1962], из которых чаще всего встречаются афония, речь шепотом или охриплость, а также так называемое истерическое щебетание [Moody, Blyth, 1956]. Значительно реже наблюдается полная истерическая немота [Versteeg-Solleveld, 1952], называемая также истерическим мутизмом. С целью четкого дифференцирования этого симптома от шизофренического мутизма Bilikiewicz (1973) предложил термин «апситирия» (от греч. «пситиризейн» — шептать). Типичным признаком истерической афонии или мутизма является общение больного с окружающими посредством жестикуляции или письма. Lederer (1953) полагает, что истерическая афония вызывается парезом латеральной перстнечерпаловидной мышцы и лишь в редких случаях — параличом щиточерпаловидной и поперечной черпаловидной мышц. Многие авторы считают причиной афонии прежде всего парез щиточерпаловидной мышцы и редко — поражение других мышц [Fojudzka-Biela, 1972]. В польской литературе подробный анализ проблемы истерической афонии содержится в работах Fojudzka-Biela (1972) и Laczowska (1953). Истерическая афония как форма функциональной недостаточности мышц голосовой щели характеризуется: 1) двусторонним вялым парезом приводящих и лишь иногда и отводящих мышц; 2) отсутствием патологоанатомических изменений в гортани; 3) зависимостью формы раскрытия голосовой щели от группы пораженных мышц, например, во время фонации голосовая щель может принимать форму ромба (парез латеральной перстнечерпаловидной мышцы), овала (парез щиточерпаловидной мышцы), треугольника (парез поперечной черпаловидной мышцы); 4) изменчивостью ларингоскопической и стробоскопической картин за короткий период; 5) частым возвращением голоса во время кашля, чиханья, смеха, крика и даже

способностью петь, 6) внезапностью появления и исчезновения афонии; 7) сочетанием с истерическими расстройствами чувствительности к глотке, конъюнктиве и коже шеи. При дифференциальной диагностике следует помнить о других функциональных двигательных нарушениях гортани, таких, как координационная голосовая недостаточность (фонастения), ложная координационная недостаточность голоса (наблюдается в профессиях, требующих значительного напряжения голоса, в частности у учителей, певцов, актеров, ораторов, адвокатов и т. п.), спастическая афония, а также о нарушениях функции голоса на органической почве, например, при туберкулезе легких, гипопункции желез внутренней секреции, одностороннем воспалении голосовой связки на почве вазомоторных расстройств [Lijczowska, 1953].

Довольно редко встречается истерическое заикание [Moody, Blyth, 1956], которое не всегда легко отличить от классического, «настоящего», заикания на почве фобического невроза. В сомнительных случаях следует помнить о следующих типичных признаках истерического заикания: 1) более поздний возраст появления симптоматики (не раньше половой зрелости), ее нестабильность и кратковременность; 2) сочетание с другими истерическими нарушениями речи; 3) гримасы и мимика, не соответствующие действительному затруднению произношения; 4) нетипичное, громкое и преувеличенное втягивание воздуха при дыхании; 5) отсутствие эмоциональной реакции на дефект; 6) отсутствие характерной последовательности: запинание — заикание; 7) сочетание с различными истерическими симптомами. На основании кибернетической модели Jones (1970), а также Mysak (1966) предложили интересную теоретическую интерпретацию нарушений речи указанного типа.

К истерическим гиперкинезам, т. е. двигательным дисфункциям по типу возбуждения, относятся дрожание, непроизвольные движения, судорожные припадки и различные формы двигательного возбуждения (например, моторная буря). Припадки и двигательное возбуждение обсуждаются ниже (см. раздел 5.4), а пока мы в нескольких словах проанализируем дрожание и непроизвольные движения при истерии. По Prusinski (1974), дрожанием называются попеременные ритмичные движения небольшой амплитуды, захватывающие главным образом дистальные участки конечностей (чаще всего верхних), а также голову, язык и т. д. Дрожание может возникать как в физиологических условиях, так и в патологических (симптоматическое или идиопатическое, обусловленное скорее всего органической этиологией дрожания). С патофизиологической точки зрения выделены три формы дрожания: 1) релаксационное (статическое) — проявляется только в покое; 2) позиционное (постуральное) — проявляется при принятии конечностью определенного положения; 3) интенционное (кинетическое) — возникает во время произвольного движения при приближении к цели. Истерическое дрожание может подражать любому из перечисленных видов органического дрожания настолько, что при первом обследовании отличить его бывает невозможно. Довженко (1958) выделяет три типа истерического дрожания: театральное и изменчивое; статическое, паркинсоноподобное; дрожание одной конечности, наблюдающееся чаще всего после травм. Woolsey (1976) высказывает мнение, что истерическое дрожание захватывает главным образом дистальные части конечностей, особенно верхних, и отличается низкой амплитудой и частым ритмом (например, частота дрожания пальцев составляет 10—20 Гц, а ритм значительно более часто наблюдающегося «сгибательно-разгибательного» дрожания запястий составляет 5—15 Гц). Очевидно,

истерическое дрожание проксимальных частей конечностей, в том числе плечевых и тазобедренных суставов, почти не встречается. Об истерическом характере дрожания свидетельствуют, в частности, его изменчивость, перемещение, исчезновение при отвлечении внимания или под влиянием сильных эмоций, а также наличие других истерических симптомов и отсутствие органической симптоматики. По мнению Prusinski (1974), при дифференциальной диагностике следует принимать во внимание статическое дрожание при болезни Паркинсона, паркинсоидных синдромах, болезни Вильсона, отравлениях ртутью и морфинизме; постуральное дрожание при тиреотоксикозе, алкоголизме, печеночной энцефалопатии, повреждениях мозжечка и невротических синдромах; интенционное дрожание при рассеянном склерозе, болезни Вильсона, атрофии мозжечка и отравлении фенитоином. Кроме того, не следует забывать о так называемом идиопатическом (наследственном) дрожании, описанном Л. С. Минором.

По мнению некоторых авторов, истерические гиперкинезы проявляются также в форме тиков [Assal, 1970; Lisfranc, 1966], т. е. быстрых координированных стереотипных и ограниченных одной группой мышц произвольных (простых или сложных) движений. Отличительной чертой истерических тиков является возможность временно справиться с ними при сосредоточении внимания. Тики бывают двусторонними или односторонними, чаще всего затрагивают мышцы лица, но могут включаться и мышцы головы, шеи, верхних конечностей. Редко они носят генерализованный характер. Обычно они проявляются прищуриванием глаза, сморщиванием носа, пожатием плечом, различными произвольными движениями губами или головой, шмыганием носом, хмыканием, покашливанием, скрежетанием зубами и т. д. Разнообразие тиков огромно, перечислить все возможные сочетания их невозможно. Происхождение тиков до сих пор не выяснено, хотя большая часть из них несомненно психогенной этиологии, что, однако, совсем не равнозначно с их принадлежностью к сфере истерических расстройств. Возможно, об истерических тиках следует говорить только в случаях, когда одновременно с ними наблюдаются другие истерические симптомы, а тики характеризуются изменчивостью, кратковременностью и отсутствием стереотипности. В любом случае необходим дифференциальный диагноз от тиков предполагаемой или несомненной органической этиологии, например: от синдрома Gilles de la Tourette, тиков «полосатого тела», нейролептических синдромов, периодических спазмов лица, миоклоний, тиков при различных формах хореи, от начальной фазы спастической кривошеи, которую многие авторы ошибочно считают типичным примером истерического нарушения [Assal, 1970; Lisfranc, 1966; Mitscherlich, 1971]. Не следует забывать, что при истерии иногда появляются произвольные движения типа хореи [так называемая танцевальная хорея; Woolsey, 1976] или атетоза, поразительно напоминающие соответствующие органические синдромы (обычная хорея, хорея Гентингтона, атетозы и т. п.).

Огромно разнообразие клинической картины истерических дисфункций чувствительной сферы. Наиболее частыми расстройствами чувствительности являются истерические кожные анестезии [Assal, 1970; Levy, Mushin, 1973; Lisfranc, 1966; Ljungberg, 1957], которые Шарко (1889) считал фундаментальными, постоянными стигмами истерии. Эти нарушения, как правило, затрагивают поверхностную чувствительность (осязание, ощущения боли, температуры и дискриминация раздражителей). Хотя истерические анестезии известны с древности (в период процессов по обвинению в колдовстве

их считали «печатью дьявола»), описаны они были при установленном диагнозе истерии только в 1843 г. Piorry [Gilles de la Tourette, 1896]. Установление истерического генеза анестезий часто затруднено [Ziegler et al., 1960], несмотря на многие характерные признаки: 1) область анестезии не соответствует периферической иннервации, границы ее четкие, произвольные (в соответствии с представлениями больного), захватывают обычно предплечье (так называемые короткие перчатки), плечо («длинные перчатки»), голень («носки»), половину тела точно по средней линии (гемианестезия), участки кожи определенной формы и т. п.; 2) границы анестезии легко смещаются в зависимости от отвлечения внимания больного или от внушения обследующего; 3) при отсутствии болевой чувствительности никогда не возникает травм и термических повреждений; 4) несмотря на полную анестезию пальцев, точность выполнения ими мелких и сложных движений не нарушается; 5) анестезия может быть незамеченной больным, который узнает о ней только во время медицинского обследования; 6) иногда обнаруживается «расщепление чувствительности», т. е. полная поверхностная анестезия при сохранной стереогнозии или дермолексии; 7) гемианестезия чаще всего бывает левосторонней и обычно сопровождается нарушением глубокой чувствительности, причем больной не ощущает вибрации на одной половине грудины и хорошо ощущает ее на другой; 8) стимуляция анестезированных участков не обнаруживает отличия вызванных потенциалов от наблюдаемых при стимуляции здоровых участков [результаты исследования этим методом не всегда однозначны; Levy, Mushin, 1973; Moldofsky, England, 1975]; 9) рефлекторное расширение зрачка при болевом раздражении (а иногда и учащение дыхания при направлении струи холодной воды на анестезированную область), как правило, сохранено. Относительно редко встречается анестезия слизистых оболочек, например: надгортанника, глотки, ротовой полости, крайней плоти, влагалища и т. п. По мнению Ludwig (1972) и Whitelock (1967), механизм возникновения истерических анестезий заключается в торможении корой по принципу обратной связи поступления стимулов на уровне сетчатого образования, а не на уровне рецепторов. Главную роль в процессе торможения играют корковые структуры (познавательная система), поскольку важными становятся не физические свойства раздражителя, а его значение (семантический аспект информации). Таким образом, в формировании процесса торможения главную роль играют познавательные структуры и сетчатое образование. В этом отношении концепции обоих авторов соответствуют принятым нами теоретическим принципам.

Истерическая гиперфункция чувствительной сферы выражается в форме парестезии [Assal, 1970; Lisfranc, 1966], болей [Mastrovito, 1974; McCranie, 1973; Purtell et al., 1951], а также гиперестезии к осязательным, зрительным, слуховым, обонятельным и вкусовым раздражителям [Moody, Blyth, 1956]. Парестезия — это особое ощущение, при котором создается впечатление онемения, жжения, покалывания, «бегания мурашек». Необходимо исключить парестезии органического происхождения, например, при рассеянном склерозе, атрофии спинного мозга, фуникулярном миелозе, полиневропатии, мигрени, джексоновской эпилепсии, синовитах. Парестезии могут также наблюдаться в ипохондрических синдромах при неврозах, депрессии или шизофрении. Многие клиницисты считают боли самым частым симптомом истерии [Purtell et al., 1951; Walters, 1961]. Полярно противоположную позицию занимает Carter (1949), который считает, что истерических болей не существует. Диагноз истерических болей требует осторожности, тем более что точный механизм возникновения

истерических болей, так же как патогенез психогенной боли вообще, нам неизвестен [Melzack, Casey, 1968; Merskey, Spear, 1967]. Выдвинут ряд неверифицированных догадок по этому вопросу вроде снижения порога возбудимости [Plusinski, 1974], влияния познавательных структур [Melzack, Casey, 1968], зависимости от содержания переживаемых эмоций [Koscowski et al., 1970], степени осознания висцерорецепции [Kgpinski, 1972a] или схемы распределения активации [Duffy, 1962]. При дифференциальной диагностике следует принимать во внимание как органические заболевания (в зависимости от локализации болевых ощущений), так и невротические синдромы, а также более редкие психогенные болевые синдромы (например, функциональная полиалгия, оталгия, прокталгия и т. п.). Истерические боли могут затрагивать любые части тела, хотя чаще всего локализуются в голове (так называемые истерический «гвоздь» и истерическая «каска»), верхних конечностях и в грудной клетке [Walters, 1961]. Вообще истерические боли (по терминологии, предлагаемой Walters, «региональные психогенные боли») отличаются: 1) отсутствием точной локализации (располагаются в соответствии с представлениями о собственном теле), изменчивостью и несовпадением с распределением иннервации; 2) отсутствием вегетативных симптомов и нарушений функции, которые обычно сопутствуют органическим болям (например, мышечный спазм, ограничение движений, вынужденное положение конечности и т. п.); 3) хорошим сном, несмотря на сильные страдания; 4) отсутствием характерных для органических болей типичных эмоциональных реакций; 5) сочетанием с другими истерическими дисфункциями, особенно двигательными (например, парезы) или чувствительными (например, потеря осязания); 6) частым снятием боли при использовании плацебо или сохранением ее, несмотря на применение мощных анальгетиков. В отдельных случаях истерические боли могут продолжаться многие годы. Следует подчеркнуть, что истерические боли в сочетании с другими симптомами истерии не раз имитировали многие хирургические заболевания (включая симптоматику так называемого острого живота), что в практике иногда приводило к хирургическим вмешательствам.

Довольно широко распространены истерические расстройства зрения, частота которых составляет 40—50 % в группе офтальмологических пациентов [Kozakiewicz, Anisimowicz, 1965]. Кроме описанных уже двигательных нарушений (парез века, спазм круговой мышцы глаза и спастическое сходящееся косоглазие), встречаются также спазмы аккомодационных мышц. Нарушения аккомодации при этом проявляются более высокой рефракцией при субъективном исследовании, чем при объективном (большая близорукость, меньшая дальнорукость), и исчезновением симптомов после закапывания атропина в конъюнктивальный мешок [Abramowicz, 1957]. Разнообразные истерические нарушения функции органа зрения можно свести к следующим основным формам: 1) концентрическое сужение [Perdriel et al., 1973; Theodor, Mandelcorn, 1973] или крайне редко спиральное сужение полей зрения [Kozakiewicz, Anisimowicz, 1965], либо их расширение [Moody, Blyth, 1956]; 2) множественное видение [Mucha, Reinhardt, 1970], например двоение, троение и т. д., причем чаще всего встречается двоение в одном глазу или двустороннее учетверенное изображение; 3) макропсия или микропсия, т. е. восприятие предметов в увеличенных или уменьшенных размерах [Abramowicz, 1957]; 4) дальтонизм [Bilikiewicz, 1973]; 5) нарушение остроты зрения, или амблиопия [Perris, Ferris, 1954; Schlaegel, Quilala, 1955]; 6) слепота желтого пятна [Mucha, Reinhardt, 1970]; 7) «куриная слепота» (гемералопия) [Grinker, Spiegel, 1945]; 8) полная одно- или двусторонняя слепота [Berman, Levy, 1970; Brady, Lind, 1961;

Hefner, Freyberger, 1954; Grosz, Zimmerman, 1965]. При концентрическом сужении полей зрения чем дольше продолжается периметрическое исследование, тем уже становится поле зрения. При истерическом двоении закрытие одного глаза не снимает двоения. Амблиопия обычно сочетается со светобоязнью и блефароспазмом, сопутствует, как правило, истерической гемианестезии, причем снижение остроты зрения более выражено на стороне анестезии. При спиральном сужении полей зрения наблюдаются многочисленные кольцевые скотомы, но центральные скотомы отсутствуют. Часто в период, предшествующий полной истерической слепоте, можно наблюдать постепенную последовательную утрату ощущения фиолетового, зеленого и красного цветов. Неспособность различать цвета (истерическая дисхроматопсия),—пожалуй, уникальное явление.

Наряду с концентрическим сужением полей зрения, которое большинство авторов расценивают как истерическую стигму, самой частой формой истерических нарушений зрения является слепота. Важнейшие отличительные признаки истерической слепоты: 1) сохраненная реакция зрачков на свет; 2) нормальная реакция десинхронизации, т. е. блокирование а-ритма в записи ЭЭГ при открывании глаз; 3) наличие вызванных потенциалов на зрительные стимулы; 4) сохранение оптико-кинетического нистагма; 5) наличие рефлекторного фиксирования глазных яблок; 6) сохранение зрительного контроля над поведением (например, уклонение от препятствий при ходьбе); 7) склонность к рецидивам; 8) внезапность возникновения (обычно при серьезной опасности) и исчезновения, а для случаев постепенного исчезновения симптомов характерно восстановление зрения через стадию концентрического сужения полей зрения; 9) сочетание с другими истерическими дисфункциями. Обычно слепота бывает двусторонней и кратковременной, но в отдельных случаях может сохраняться многие годы, особенно если приобретает инструментальный характер. Диагноз нужно ставить с большой осторожностью, дифференцировать следует всегда, в частности, от неврита и атрофии зрительного нерва, эмболии или тромбоза центральной артерии сетчатки или внутренней сонной артерии, опухоли или воспалительного процесса в области хиазмы, повреждения зрительного тракта, корковой слепоты (зрительная агнозия) и т. п. [Puzynski, 1974].

Истерическая глухота, подобно слепоте, преимущественно двусторонняя (редко односторонняя), появляется и исчезает внезапно, возникает в ситуациях реальной опасности (например, для жизни), хотя по сравнению с другими истерическими расстройствами очень часто является реакцией на физическую травму органа слуха, например: на взрыв, засыпание землей, сильный шум, травму области уха и т. п. [Barr, Koch, 1956; Blegvad, 1951; Bourgeois, Souraille, 1917; Doerfler, 1951; Getz, 1957; Johnson et al., 1956; Malmo et al., 1952; Ventry, 1968]. Как правило, истерическая глухота моносимптомна, но иногда обнаруживаются анестезия кожи, ограниченная областью «глухого» уха и шеи, отсутствие глоточного и роговичного рефлексов или немота [так называемый истерический сурдомутизм; Moody, Blyth, 1956]. Отоскопия иногда бывает затруднена из-за гиперестезии кожи ушной раковины и наружного слухового прохода. По мнению Sieluzyski (1953), почти в 75 % случаев истерической глухоте сопутствует органическая тугоухость. Обычно наблюдается полная глухота и весьма редко снижение слуха (истерическая тугоухость). Типичными признаками истерической глухоты, облегчающими правильную диагностику, считают: 1) отсутствие отоскопических изменений (иногда обнаруживаются

лишь легкое помутнение и втяжение барабанных перепонок атрофической природы); 2) нормальные ухопальпебральный и улиткозрачковый рефлекс, особенно при сильных слуховых раздражителях; 3) усиление кожно-гальванического рефлекса при раздражении нерва улитки; 4) сохраненная физиологическая ва-гусная возбудимость при вращательной, температурной и гальванической пробах; 5) низкая и плоская аудиометрическая кривая; 6) изменчивость пороговых кривых костной и воздушной проводимости; 7) хорошая слышимость, как правило, высоких частот; 8) появление так называемого К-синдрома на ЭЭГ в ответ на сильные звуковые стимулы; 9) наличие вызванных потенциалов (обнаруживаются методом усреднения); 10) отсутствие симптома выравнивания громкости; 11) зачастую хорошая слышимость шепота, нередко с большого расстояния, при одновременной глухоте к обычной речи; 12) отрицательные результаты проб на симуляцию, так называемые пробы Herman, Marx, Stenger, Lombard, Gloring, Doerflef-Steward, Lucae-Danert, Lee-Assi и др.; 13) нередко исчезновение глухоты под влиянием громкого шума; 14) изменчивость и неполнота глухоты: больной то совершенно не слышит, то слышит хуже или лучше (часто с больным можно обращаться при помощи громкой речи, произносимой обычно в одно ухо) [Bystrzanowska, 1969; Sieluzyski, 1953; Szlezak, 1972a]. Методы исключения симуляции детально описаны в работах Szlezak (1972a). При дифференцировании от органической глухоты следует также помнить о возможности сифилитического поражения (вторичный или поздний врожденный сифилис).

Относительно редко встречается истерическая потеря обоняния и (или) вкуса [Kerinski, 1972a; Moody, Blyth, 1956]. которой обычно сопутствуют другие проявления нарушения чувствительности (например, анестезии). Истерическая потеря обоняния включает также потерю способности ощущать резкие запахи (например, аммиака), восприятие которых зависит от возбуждения волокон тройничного нерва и не нарушается при расстройствах обоняния органической этиологии. В свою очередь истерическая потеря вкусовых ощущений часто сочетается с патологическим отсутствием чувства голода (анорексия).

В сфере дисфункций вегетативной нервной системы наблюдается огромное богатство истерических симптомов [As-sal, 1970; Ey et al., 1974; Lisfranc, 1966; Moody, Blyth, 1956]. Истерические анестезии нередко сочетаются с функциональным спазмом сосудов, поэтому после укола или травмы данная область не кровоточит. Значительно более интересно возникновение так называемых истерических стигм, т. е. локальных кровотечений на лбу, ладонях, стопах и в области сердца соответственно религиозным верованиям в распятого Иисуса Христа. Это еще одно доказательство фундаментальной роли познавательных структур в формировании истерических симптомов. Стигмам могут сопутствовать сужение сознания и экстатические переживания (см. разделы 5.4 и 5.5). Klauder [Kozakiewicz, Anisimowicz, 1965] в течение длительного времени наблюдал больную, у которой каждую пятницу появлялись стигмы и кровавые слезы, причем микроскопически в жидкости конъюнктивального мешка обнаруживались многочисленные эритроциты. При диагностировании истерических стигм не следует забывать о возможности психопатической мистификации; например, Galuszko (1960) наблюдал больную, которая прокалывала губу изнутри и, насосав кровь, переносила ее в участки тела, соответствующие локализации стигм. Следует упомянуть, что Lifschutz (1957) опубликовал наблюдение «нерелигиозных истерических стигм».

Среди многочисленных истерических дисфункций вегетативной системы в литературе упоминаются прежде всего: икота [Harris et al., 1954], кашель [Moody, Blyth, 1956], часто сочетающийся с чиханием и зеванием, учащенное заглатывание воздуха [так называемая истерическая аэро-фагия; Laughlin, 1967], лихорадка [Nistri, 1955], полиурия или задержка мочи [Lisfranc, 1966], рвота [Biermann, 1955; Leibovich, 1973], анорексия [Bilikiewicz et al., 1964] или прожорливость [Moody, Blyth, 1956]. Многие авторы неправильно причисляют к истерическим феноменам такие вегетативные расстройства, как запоры, поносы, урчание в животе, метеоризм [Ey et al., 1974; Moody, Blyth, 1956]. Истерический кашель, икота, зевота, аэрофагия обычно носят приступообразный характер, длительность их различна (от нескольких минут до 10 мес и более), они исчезают во время сна. В настоящее время большинство исследователей сомневаются в существовании истерической лихорадки (т. е. «мнимой», по терминологии Pinard), тем более что тщательный анализ описанных в литературе случаев указывает скорее на симуляцию. Аналогичным образом подвергается сомнению истерический фон функциональных нарушений мочеиспускания. В то же время много внимания уделяется истерической рвоте, которая, как видно из клинических наблюдений, характеризуется упорством (длится нередко 10 мес и более), высокой частотой (после каждого приема пищи или несколько раз в день), отсутствием первоначальной тошноты, отрыгиванием пищи без напряжения тотчас после еды, хорошим или повышенным аппетитом, отсутствием нарушения питания, несмотря на длительность рвоты. Лишь в исключительных случаях могут возникнуть обезвоживание, гипокалиемия и общее истощение [Dolmierski, Shoczynski, 1961; Filinski, 1954]. С неврологической точки зрения при дифференциальной диагностике следует прежде всего исключить опухоль мозга и мигрень. К группе истерических вегетативных расстройств психиатры раньше причисляли и так называемую лиентерию (от греч. «лейос» — гладкий, «энтерон» — кишка), т. е. особую форму генерализованного поноса, при котором пища как бы «проскакивает» через желудочно-кишечный тракт и обнаруживается в стуле в неперевааренном состоянии [Bilikiewicz, 1973]. Поскольку в большинстве случаев не наблюдалось исхудания и обезвоживания, можно не без оснований предполагать, что это был психопатический обман.

Одним из широко описываемых истерических расстройств является потеря аппетита, известная в литературе под названием истерической анорексии [Lasegue, 1873]. Впервые оно описано Gull (1868) и названо им «истерическая апепсия». Она представляет собой одну из форм так называемой нервной анорексии [Ziolko, 1966]—симптомокомплекса, который сопутствует различным психическим расстройствам (например, простой или кататонической шизофрении, эндогенной депрессии, органическим повреждениям мозга, неврозу навязчивых состояний) или соматическим заболеваниям (например, злокачественным процессам, язвенной болезни, острой порфирии), а также чрезмерному стремлению похудеть. Истерическая анорексия, как правило, носит инструментальный характер (служит средством манипулирования окружающими) и приводит к вторичному общему истощению и расстройствам гормональной системы. Основные симптомы французские психиатры называют «три А»: анорексия, аменорея, ахилия [Ey et al., 1974]. Часто один из основных симптомов — упорная рвота или тошнота.

Свидетельством выдающейся роли познавательных структур в патогенезе истерии является истерическая беременность [Andreoli, 1960; Franco, 1960;

Kucera, 1965; Pertynski J., Pertynski T., 1968], называемая также мнимой, ложной или (что менее адекватно) воображаемой. Истерическая мнимая беременность может «подражать» почти всем симптомам беременности. Клиническая картина достаточно типична: 1) аменорея или дисменорея; 2) тошнота и рвота; 3) пигментация сосков, околососковых кружков и даже белой линии и половых губ; 4) нагрубание молочных желез и наличие клейкого отделяемого, а иногда и молока; 5) увеличение объема живота вследствие вздутия кишечника, задержки газов и отложения жировой ткани в брюшной стенке и на ягодицах; 6) иногда ощущение движений плода и даже болезненных родовых схваток (в результате значительно усиленной перистальтики кишечника или его спазма) к предполагаемому сроку родов; 7) походка и осанка, характерные для беременных. Известны случаи «отхождения плодных вод», которые являлись попросту мочеиспусканием [Pertynski J., Pertynski T., 1968]. При обследовании, однако, можно обнаружить отсутствие увеличения матки и сердцебиения плода, явное вздутие кишечника, отрицательные серологические пробы на беременность и отсутствие скелета плода на рентгенограмме. Правильную диагностику мнимой беременности нередко затрудняют снижение экскреции гонадотропина с мочой и рост содержания лютеотропного гормона, что в определенных условиях может вызвать положительный результат биологических проб [Andreoli, 1960]. Мнимая беременность проявляется не только при истерии, но и при шизофрении или у женщин, которых лечили прогестероном и эстрадиолом по поводу недоразвития матки или дисменореи, обусловленной недостатком женских гормонов [Franco, 1960]. Изложенные основные типы истерических расстройств чувствительно-двигательной сферы, безусловно, не исчерпывают множества возможных дисфункций, а охватывают лишь главные и наиболее часто описываемые в литературе. Ведь истерия, как уже указывалось, может подражать почти всем симптомокомплексам, которые известны современной медицине. Поэтому не без оснований Babinski (1934) называл истерию «великой симулянткой». Эта своеобразная способность к подражанию стала, в частности, причиной ошибочного отождествления ее с симуляцией. До настоящего времени еще многие врачи, к сожалению и психиатры, считают больных с истерическими нарушениями симулянтами. А ведь симуляция представляет собой сознательное демонстрирование симптомов психического расстройства фактически здоровым лицом, которое умышленно обманывает окружающих, чтобы считаться психически больным. Такое лицо все время сознательно управляет своим поведением и может в любой момент прекратить симуляцию. Детальный анализ этиопатогенеза истерии (см. разделы 5.1 и 5.2) указывает, что она является формой настоящего психического расстройства с разнообразной клинической картиной. В психиатрической практике именно в случае настоящей симуляции дифференцировать истерические симптомы, особенно слепоту, глухоту, афонию или парезы, исключительно трудно. Поэтому проблематике симуляции посвящаются обширные монографические труды [Albert-Weill, 1962; Davis, Weiss, 1974].

5 4 Истерические диссоциативные симптомы

Истерия
Якубик А.

Широко распространенное в современной психопатологии понятие истерической диссоциации восходит к концепции Janet (1892). Он считал истерию проявлением нарушения функции синтеза личности, которое выражается прежде всего потерей способности синтезирования психических функций и сознания, что характеризуется главным образом сужением поля сознания. Сужение поля сознания допускает диссоциацию (отщепление)

некоторых психических функций, т. е. выпадение их из-под контроля личности, благодаря чему они приобретают автономию и начинают самостоятельно («независимо от воли») управлять поведением человека. Однако механизм диссоциации приводит в действие только автоматизированные, т. е. представляющие самую низкую ступень в иерархии, психические функции. В настоящее время понятие диссоциации рассматривается различным образом в зависимости от теоретической ориентации авторов, но сущность действия этого механизма при истерии понимается всеми одинаково [Bambini, Sanguinetti, 1957; Еу, 1969; Kepinski, 1972a; Kirshner, 1973; Tart, 1969]. В соответствии с принятыми в данной работе теоретическими принципами диссоциация — это название механизма истерической дезинтеграции, который проявляется снижением уровня сознания (иначе сужением сознания), т. е. переходом саморегуляции с уровня семантического сознания на уровень сенсорного сознания, а также нарушением интеграционных функций структуры «я».

Классическим проявлением истерии является большой истерический припадок (так называемая большая истерия, по терминологии Шарко), который представляет собой сочетание двигательных дисфункций по типу возбуждения со снижением уровня сознания [Abse, 1966; Ljungberg, 1957; Standage, 1957]. Основной клинической проблемой при этой форме истерии является дифференцирование от большого эпилептического припадков и височной эпилепсии [Aggernaes, 1965; Bilikiewicz T. и Bilikiewicz A., 1971; Krapf, 1957; Moody, Blyth, 1956; Prusinski, 1974]. Большой истерический припадок, как правило, отличается такими типичными признаками, как: 1) появление в травмирующих ситуациях; 2) отсутствие ауры; 3) осторожное, медленное падение (скорее опускание), обычно на что-либо мягкое, благодаря чему не бывает ушибов и травм; 4) длительность припадков (от нескольких минут до часа или даже более); 5) отсутствие типичной для эпилепсии последовательности: кратковременная тоническая фаза — более длительная клоническая фаза; 6) появление во время припадков беспорядочных, размашистых и некоординированных движений конечностями, гримас (нередко с судорожным сжиманием век), неупорядоченных клинических судорог и тонического напряжения, театральных поз, движений, напоминающих таковые при половом сношении, иногда изгибание тела дугой («истерическая дуга»), криков, плача или смеха; 7) задержка дыхания с цианозом, но без серого оттенка; 8) сохранение реакции зрачков на свет; 9) нормальные или несколько повышенные глубокие рефлекс; 10) отсутствие симптома Бабинского; 11) отсутствие закусывания губ и языка, непроизвольного мочеиспускания и стула (если в отдельных случаях непроизвольное мочеиспускание случается, то происходит оно одной струей, а не малыми порциями в перерыве между клоническими судорогами); 12) отсутствие потери сознания, лишь сужение его; 13) явная изменчивость симптоматики в случаях, когда окружающие проявляют к припадку интерес; 14) возможность прервать припадок сильным отрицательным или неожиданным раздражителем; 15) внезапное прекращение припадков с быстрым восстановлением физических сил и отсутствием сонливости; 16) отсутствие амнезии или только избирательная амнезия на период припадков; 17) отсутствие на ЭЭГ во время припадков судорожной биоэлектрической активности. Исследование ЭЭГ в межприступный период не имеет никакой диагностической ценности, тем более что в большом проценте случаев у больных, страдающих истерическими припадками (33—56), обнаруживается патологическая конфигурация записи ЭЭГ [Ferris, 1959; Liske, Forster, 1964]. Это доказывает справедливость широко распространенного мнения о том, что

органический фон является фактором, способствующим возникновению истерических припадков [Niedermeyer et al., 1970], впрочем, как и других симптомов дезинтеграции. В последние годы распространилось убеждение, что большие истерические припадки уже принадлежат прошлому и ныне необычайно редки. Это представляется необоснованным, поскольку, несмотря на то что наблюдается, особенно в обществах с высоким уровнем цивилизации, отчетливое уменьшение числа случаев «большой истерии» [Abse, 1966], они тем не менее не столь уж редки и даже способны появляться в эпидемической форме [Sirois, 1974].

Значительно более сложной может быть диагностика так называемых малых истерических припадков в виде кратковременных судорог, припадков смеха, плача, задержки дыхания или обмороков. Дифференцировать их следует прежде всего от психомоторных эпилептических припадков и «petit mal». Особая осторожность требуется при диагностировании истерического обморока. Он характеризуется иногда дрожанием век и судорожным их сжиманием при попытке пассивно открыть глаза, а также активным сопротивлением при попытках пассивных движений конечностями. Дифференциальная диагностика обмороков детально описана Prusinski, Mazugowa (1976). Следует также всегда помнить о возможности обморока на почве функциональной гипогликемии [Jarosz, 1967].

Кроме судорожной и обморочной форм, истерические припадки проявляются также в виде повышенной сонливости различной степени выраженности [Roth, 1957; Smith, 1958; Szydlík, 1963b], определяемой как «истерическая псевдокома» или «истерическая гиперсомния». Приступы истерической псевдокомы продолжаются несколько часов, дней или недель. Больной лежит неподвижно с закрытыми глазами, не вступает в контакт с окружающими и, казалось бы, не реагирует ни на какие раздражители. При диагностировании истерической гиперсомнии принимают во внимание следующие элементы: 1) нормальные физиологические рефлексы; 2) отсутствие патологических рефлексов; 3) сохранение зрачкового и роговичного рефлексов; 4) нормальный или несколько сниженный мышечный тонус; 5) видимые движения глазных яблок (особенно при болевых раздражениях); 6) сжимание век при попытке пассивно их приоткрыть; 7) отсутствие общеклинических и циркуляторных симптомов (нормальные пульс, артериальное давление, температура тела, цвет кожных покровов, неугнетенное дыхание и т. д.); 8) нормальная ЭЭГ, типичная для состояния бодрствования, и десинхронизация а-ритма под влиянием внешних раздражителей. Иногда клиническая картина приступа изменяется в зависимости от ситуации и поведения окружающих [Wiejn, 1966]. По мнению Prusinski (1974), диагноз определяет тактику прерывания гиперсомнии сильными отрицательными раздражителями (например, болезненной подкожной инъекцией, сильным укусом стопы, вдыханием паров нашатыря и т. п.). Дифференцировать необходимо всегда от нарколепсии [Szydlík, 1962], синдрома Клейне — Левина [Schlierf, 1975] и коматозного типа синдрома Мюнхгаузена [Spiro, 1968]. Также необходимо исключить синдромы гиперсомнии, обусловленные заболеваниями нервной системы (опухоль или кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние, эпилепсия, менингит и энцефалит, черепно-мозговая травма), общими инфекциями, метаболическими и гормональными нарушениями, отравлениями (например, медикаментами, угарным газом), нарушениями кровообращения, воздействием физических факторов (например, перегревание, переохлаждение, поражение током),

анафилактическим шоком и т. д. Зачастую разграничить органические и функциональные факторы в патогенезе гиперсомнии бывает очень трудно [Berezewicz, 1974].

В травмирующих ситуациях, представляющих непосредственную опасность для жизни (например, стихийные бедствия, война) или для основных потребностей структуры «я» (например, для ощущения контроля, чувства собственной ценности), могут возникать две противоположные формы истерической реакции: общее торможение и психомоторное возбуждение, т. е. так называемые истерический ступор и истерическое двигательное возбуждение. Подобные феномены наблюдаются и у животных в форме рефлекса замирания или двигательной бури [Kretschmer, 1974]. Такие крайние двигательные дисфункции протекают с одновременным сужением сознания, поэтому причислять их к группе конверсивных симптомов, как предлагают некоторые психиатры, кажется необоснованным. Истерический ступор, называемый также реактивным ступором, может возникнуть внезапно или постепенно, быть полным или неполным, он является самостоятельным типом реакции или одной из стадий других реактивных истерических синдромов (например, псевдодеменции). Полный истерический ступор отличается полной неподвижностью, мутизмом, а также часто восковидной гибкостью или (реже) мышечной ригидностью [Bilikiewicz, 1973]. Больной лежит неподвижно, взор обычно фиксирован, лицо с застывшим выражением напряжения и широко открытыми глазами; больной не реагирует ни на какие раздражители, не разговаривает, не отвечает на вопросы, не выполняет инструкций, не принимает пищу (нередко требуется кормление через зонд), иногда неопрятен. Этому сопутствуют вегетативные расстройства: бледность или гиперемия лица, слюнотечение, потливость, ускорение пульса, колебания артериального давления, похолодание конечностей, рвота, понос и т. д. При ступоре результаты электромиографического исследования такие же, как при произвольных спазмах, вагусные пробы не обнаруживают отклонений от нормы [Bilikiewicz, 1973]. При неполном ступоре отмечаются движения глаз, следящих за поведением окружающих, более или менее живая мимика, отрывочные жесты и целенаправленные движения, монотонные ответы знаками на вопросы, высказывание отдельных слов, обрывков фраз, шепот или движение губ. Больной лежит обычно в одной позе, чаще всего на боку с согнутыми ногами, нередко накрывшись одеялом с головой, не проявляет никакой активности. Иногда он двигается, встает с постели, но обычно только для отправления физиологических нужд. Поднятый с постели, он ложится на пол или беспомощно топчется на месте (иногда наблюдается один из типов истерической походки). В исключительных случаях появляется кратковременное двигательное возбуждение, выражающееся главным образом в виде агрессии, ломания предметов (типично разбрасывание постели), раздевания и даже публичной мастурбации [Uszkiewiczowa, 1966]. Истерический ступор может исчезать внезапно, постепенно или волнообразно (ослабление и повторное нарастание симптомов), а также проявлять тенденцию к рецидивированию. Он может продолжаться от нескольких часов до многих лет, но никогда не вызывает никаких патологических психических и неврологических последствий, в редких случаях единственным последствием его бывает физическое истощение. Среди различных видов истерических реакций ступор чаще всего носит затяжной характер [Uszkiewiczowa, 1966]. При дифференциальном диагнозе прежде всего нужно учитывать кататонический и депрессивный ступор.

Весьма кратковременным бывает течение истерического-двигательного возбуждения, нередко, как и истерический ступор, определяемого термином «примитивная реакция» [Bilikiewicz, 1973]. Это бурная эмоциональная реакция, сочетающаяся с сильным двигательным возбуждением. Характерны бешенство, гнев, хаотическое метание, агрессивность, стремление к разрушению, множество бесцельных движений, иногда самоповреждение или нецеленаправленное бегство. При дифференциальном диагнозе следует учитывать состояния возбуждения при кататонической шизофрении, мании и эпилепсии, а также патологическое алкогольное опьянение и так называемый патологический аффект.

В зависимости от степени истерической дезинтеграции структуры «я» клиническая картина расстройства бывает различной (например, деперсонализация, амбулаторные автоматизмы, глубокое сумеречное помрачение сознания). Небольшая выраженность дезинтеграции приводит к колебанию уровня сознания и ослаблению чувства тождества (своеобразия «я»), что психопатологически проявляется деперсонализацией типа «как будто» [«as if»; Sedman, 1970; Weckowicz, 1970], поскольку больной не убежден в действительном изменении собственной личности, как, например, в случаях параноидной или депрессивной деперсонализации. Он чувствует, что в чем-то изменился, будто иначе переживает, воспринимает и думает, а иногда — будто изменился внешний мир (так называемая дереализация). Такой тип деперсонализации характерен и для других невротических синдромов.

Более глубокая степень дезинтеграции структуры «я» при истерии может выражаться в форме амбулаторных автоматизмов, при которых поведение больного сохраняет целенаправленный характер. В психопатологии выделены две основные формы их: фуги (от лат. fuga — бегство) и альтернирующая (множественная) личность. Фуги, или импульсивные реакции бегства, могут появляться при многих психических расстройствах, например: при шизофрении, эпилепсии, депрессии, алкоголизме, инфекционных, интоксикационных и посттравматических синдромах и т. п. Частота появления истерических фуг 5—16 % [Fleszar-Szumigajowa, 1970; Kirsh-ner, 1973; Lemperier et al, 1965; Ljungberg, 1957]. Они являются защитными проявлениями (бегство от травмирующей ситуации) или воплощением желаний (например, стремление к приключениям, осуществлению фантазий, быть кем-то другим, начать жизнь снова), хотя обычно сочетают оба аспекта [Ambonetti, 1971; Berrington et al., 1956]. Фуги появляются и исчезают внезапно, продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и полностью или частично амнезируются. Реальность переживаний во время истерической фуги четко «отграничивается» от предшествующих событий, поэтому действия больного не связаны с его обычными занятиями, профессией или семьей. С моментом, когда действия больного становятся более сложными и целенаправленными, он начинает функционировать как другое лицо, с новым чувством тождества, а часто и с новой фамилией; в этих случаях мы говорим об альтернирующей, множественной, личности [Abse, 1966; Cutler, Reed, 1975].

При альтернирующей личности истерическая дезинтеграция структуры «я» вызывает как бы ее расщепление на части, которые приобретают интеграционно-регуляционную автономию (в том числе чувство тождества, контроля над окружением и т. п.), что позволяет, учитывая колебания уровня сознания, переходить от саморегуляции, основанной на настоящей личности, к

функциям саморегуляции расщепленной личности. Как правило, в этот период в памяти отражается одна из «отщепленных» личностей. Однако в момент возвращения к основной личности возникает амнезия периода функционирования расщепленной личности, иногда сохраняются лишь неясные, туманные воспоминания, «островки» памяти. Альтернирующая личность может сохраняться многие дни и недели, часто несколько месяцев и даже лет. В ее генезе ведущую роль играют внутренние информационные структуры, отражающие мир фантазии и мечты. Первое описание альтернирующей, точнее двойной, личности дал James (1890), опубликовавший случай пастора Бьюрна, который в состоянии амбулаторного автоматизма уехал из Англии в Соединенные Штаты, где под именем Брауна открыл магазин и лишь через несколько месяцев обрел сознание своего настоящего «я». В свою очередь диссоциативную концепцию множественной личности первым выдвинул Prince (1905), приведя пример тройной личности Miss Beauchamp. С тех пор в литературе описано много случаев двойной [Howland, 1975; Meddison, 1953; Siciliani et al, 1973], тройной [Thigpen, Cleckley, 1975; Osgood et al., 1976], 4-кратной [Lugwig et al., 1972; Brandsma, Ludwig, 1974] и даже 12-кратной личности [Bilikiewicz, 1973]. В наше время альтернирующая личность — явление чрезвычайно редкое. За последние годы интересное исследование 4-кратной личности опубликовано Ludwig и соавт. (1972), которые обнаружили, что каждая из четырех личностей достоверно отличалась от других по таким показателям, как кожно-гальваническая реакция на тест словесных ассоциаций, ЭЭГ, вызванные зрительными раздражителями потенциалы, результаты тестов Шкалы эмоций McDougall, MMPI, теста изображения самого себя. Обследование двух больных с тройной личностью обнаружило, что ценным методом дифференцирования каждой из расщепленных личностей является семантический дифференциал Osgood [Osgood, Luria, 1954; Osgood et al., 1976]. Этот факт подтверждает важное значение познавательных структур в механизме возникновения истерической альтернирующей личности. При постановке диагноза следует прежде всего исключить эпилепсию. Определенное сходство с амбулаторными автоматизмами имеет сомнамбулизм, известный также под неточным названием «лунатизм». Сомнамбулизм, или снохождение, некоторые авторы расценивают как просоночное или сонное сумеречное состояние [Moody, Blyth, 1956]. Патогенез его до сих пор не выяснен. Gastaut, Broughton (1965) считают сомнамбулизм физиологическим явлением, хотя допускают возможность ночного эпилептического припадка, протекающего со сложными моторными действиями, аналогично сомнамбулическому состоянию. Другие исследователи подчеркивают психогенную и органическую природу сомнамбулизма [Ziegler, Rombach, 1976], в частности указывают на истерию [Ey et al., 1974], психомоторную эпилепсию [Jovanovic, 1970] и инфекционные заболевания [Pai, 1946]. По Bilikiewicz (1973), истерические сумерки являются, по-видимому, сочетанием истерических и сомнамбулических явлений. По мнению Domzal (1961), сомнамбулизм — это проявление биоэлектрической незрелости коры мозга, но проявляется она только под влиянием дополнительных разнообразных внешних раздражителей, главным образом зрительных (например, луны как источника света!), и внутренних стимулов в виде сновидений или раздражителей, исходящих из мочеполовых органов. Мочеиспускание часто составляет элемент сомнамбулического припадка, с другой стороны, среди лиц с ночным энурезом обнаруживается довольно высокий процент (около 30) сомнамбул. Первое описание сомнамбулизма в литературе дал в 1747 г. Knoll [Fischer, 1839], а истерического сомнамбулизма — Georget в 1821 г. [Gilles de la Tourette, 1896]. Абортивная форма

сомнамбулизма проявляется лишь снововорением, и при соответствующей интонации голоса с таким лицом можно вступить в беседу или установить гипнотическую связь, что указывает на сходство гипнотического и сомнамбулического состояний. Классическое проявление сомнамбулизма включает вставание ночью с постели и хождение в состоянии явного сужения сознания. Больной встает с криком или молча, ходит по помещению или пытается выйти наружу, обычно кратчайшим путем (например, через окно). Встречаются случаи путешествия в отдаленные местности. Во время хождения больной часто выполняет различные простые или сложные действия, которые, однако, носят автоматический и стереотипный характер (например, складывает одежду, зажигает свет, прибирает различные предметы, садится на стул и т. п.). Поведение спокойно, больной сам не вступает в контакт с окружающими, но иногда с ним можно вступить в речевой контакт и даже заставить выполнять определенные действия. Снохождение продолжается, как правило, несколько минут, после чего больной просыпается, возвращаясь в постель, либо ложится и спит, где придется. Период хождения полностью амнезируется. Припадки могут случаться очень часто (например, каждую ночь) или чрезвычайно редко (один или несколько раз в жизни). Вероятность истерического генеза сомнамбулизма требует эмпирического подтверждения, тем более что существующие клинические наблюдения вовсе не указывают на это.

Проявлением глубокой дезинтеграции структуры «я» являются истерические сумеречные состояния [Ey et al, 1974; Schachter, 1953]. В зависимости от преобладающих в клинической картине симптомов в литературе описано наряду с упомянутым ранее истерическим ступором несколько видов истерических сумеречных состояний: синдром Ганзера, псевдодеменция, псурилизм, синдром дурашливости, синдром «одичания», бредоподобные фантазии [Bilikiewicz, 1973; Uszkiewiczowa, 1966]. Их называют также ситуационными психозами, или ситуационными истерическими синдромами, чтобы подчеркнуть, что они, как правило, возникают в определенных условиях (тюремное заключение, война). Раньше пользовались названием «тюремные психозы», пока не убедились, что они возникают и в других трудных ситуациях. Истерические сумеречные состояния причисляют также к реактивным психозам и расценивают как истерические психозы. Проблема существования как реактивных, так и истерических психозов до настоящего времени остается спорной [Jaroszynski et al., 1976]. Одни авторы убеждены в существовании истерических психозов [Breuer, Freud, 1895; Follin et al., 1961; Hirsch, Hollender, 1969; Hollender, Hirsch, 1964; Langness, 1967; Martin, 1971], другие опровергают это мнение [Bilikiewicz, 1973; Bleuler, 1972; Fenichel, 1945; Mentzos, 1973; Reichard, 1956]. Представляется правильной позиция последних, потому что, как пишет Bleuler (1972), «если истерик становится психотическим больным..., то он просто шизофреник». С точки зрения общей теории систем «настоящий» психоз формируется в результате фиксированной внутренней реструктуризации системы и разрыва обратных связей с окружающим, что приводит к изоляции системы от поступления внешней информации о реальном состоянии вещей. В такой ситуации саморегуляция системы основывается исключительно на циркулирующей внутренней информации, которая формирует постоянный образ (модель) мира, не поддающийся коррекции под влиянием внешней информации. Подобные, но преходящие изменения системы наблюдаются на фоне приема психоделических (психодислептических) препаратов (например, ЛСД). В реактивных истерических синдромах происходит только значительное ограничение приема информации, но поступление ее полностью не блокируется

(в частности, это обеспечивает возвращение к исходному состоянию функционирования системы при исчезновении травмирующей ситуации или при поступлении новой информации); кроме того, нарушаются только механизмы интеграции без постоянной внутренней реструктуризации. Таким образом, истерические реактивные синдромы — это не психозы, и в соответствии с предложением Bilikiewicz (1973) их следовало бы называть псевдопсихозами.

Синдром Ганзера, называемый иногда «синдромом мимоговорения» [Davis, Weiss, 1974], наблюдался Ganser у заключенных. Основным симптом этого синдрома — так называемые «ответы мимо» (Vorbeireden) — еще раньше также у заключенных обнаружил Moelli (1888). Позже многие психиатры описывали появление синдрома Ганзера у солдат [Weiner, Braiman, 1955], а также у других лиц, находящихся в различных трудных ситуациях [Tsoi, 1973], а не только в тюрьме [Enoch, Irving, 1962; Goldin, McDonald, 1956]. Классический синдром Ганзера состоит из четырех симптомов: 1) «ответы мимо», т. е. приближающиеся к правильным ответам на вопросы; 2) выполнение действий наоборот; 3) сужение сознания; 4) частичная или полная амнезия. Tyndel (1956) полагает, что для возникновения этого синдрома необходимы органические изменения центральной нервной системы, но большинство авторов не разделяют этого мнения, хотя в значительном проценте случаев действительно обнаруживается органический фон [Uszkiewiczowa, 1966]. На появление «ответов мимо» в шизофрении и при органических расстройствах обращает внимание Whitlock (1967). Нелепое поведение больного обнаруживает определенную систему и последовательность в соответствии с бытовыми представлениями о «сумасшедшем» [Kepinski, 1972a]. Больной все делает наоборот, не может назвать предметы повседневного обихода, не понимает содержания показываемых ему картинок, ошибочно называет, например, свой возраст, время года, количество дней в неделе, количество пальцев на руках, ушей, число ног у птиц и животных, неправильно определяет время по часам, неправильно называет цвета (например, кровь — зеленая, трава — красная, сажа — белая, небо — черное и т. п.). Самые простые действия больные выполняют наоборот, например: чиркают по коробке обратным концом спички, читают газету вверх ногами, пытаются вставить в замок ключ обратным концом, в ответ на просьбу открыть дверь закрывают ее и т. п. Больные делают ошибки в простейших арифметических действиях, причем характерны ответы, близкие к правильным (например, $2 + 2 = 5$, $3 \times 3 = 10$, $5 \times 5 = 24$ и т. п.). Однако наряду с этим встречается правильное выполнение значительно более сложных действий. Иногда больной кажется рассеянным, потерянным и беспомощным. Часто присоединяется инфантильное (пуэрилизм) или шутовское поведение. Типичный синдром Ганзера — явление относительно редкое и обычно через несколько дней исчезает.

Сходный синдром под названием псевдодеменции описал Wernicke (1906). Он обычно отличается затяжным течением и напоминает глубокую органическую деменцию (например, обширные нарушения памяти и ориентировки), хотя и отличается от нее демонстрацией утраты элементарных знаний и навыков. Признаком, который отличает псевдодеменцию от синдрома Ганзера, считается меньшая степень нарушения сознания или отсутствие нарушения его [Anderson et al., 1959; Whitlock, 1967], но достоверность этого критерия вызывает сомнение, как и считающаяся типичной демонстрация умственной неполноценности с помощью мимики (например, наморщивание или потирание лба, вытаращивание глаз, задержка ответа на вопрос) [Uszkiewiczowa, 1966].

Некоторые авторы отождествляют синдром Ганзера с псевдодеменцией [Mayer-Gross et al., 1970], подчеркивая, что выделение двух клинических форм необоснованно и искусственно. В практике наблюдаются почти исключительно смешанные формы, часто с сопутствующим пуэрильным или шутовским поведением, депрессивным настроением или двигательным возбуждением, с преходящим ступором. Пуэрилизм как истерический синдром, аналогичный синдрому Ганзера, был описан в 1911 г. Straussler у подсудимых солдат и у призывников [Uszkiewiczowa, 1966]. Такие больные ведут себя, как маленькие дети: слова произносят с уменьшительными суффиксами, себя называют уменьшительно в третьем лице, лепечут детским голосом, играют в игрушки, демонстрируют инфантильные манеры, движения, мимику, эмоциональную экспрессию и т. д. Иногда у больных возникает отчетливый компонент дурашливости, на основании которого часть авторов выделяет так называемый синдром дурашливости. Если больной нечистоплотен, неопрятен, сидит на полу или под столом, ест с тарелки руками или подражает животным (например, ходит на четвереньках, лает, кукарекает, воет, лакает из миски и т. п.), то иногда такое состояние называют синдромом «одичания» [Newman, 1964]. Принимая во внимание, что все перечисленные истерические синдромы более или менее точно имитируют симптоматику органического слабоумия, а разделение их априорно и искусственно, тем более что они чаще всего проявляются смешанной симптоматикой или переходят друг в друга, более обоснованным представляется объединение их под общим названием «истерическое слабоумие».

По ходу истерического слабоумия (в широком смысле этого понятия) могут также возникать иллюзии [Moody, Blyth, 1956], истерические галлюцинации [Levinson, 1966; Martin, 1971; McKegney, 1967] и бредоподобные фантазии [Swirinowski, 1963; Dbrowski, Zakowska, 1965; Krause, Katzenellenbogen, 1966; Uszkiewiczowa, 1966]. Эти симптомы возникают также в виде самостоятельного истерического синдрома. Бредоподобные фантазии описаны Birnbaum (1908) на основании наблюдений над заключенными, хотя встречаются и в других травмирующих ситуациях. Они могут носить ипохондрический, религиозный (обычно с экстатическими элементами) характер, оттенок бреда величия или преследования и обычно связаны по содержанию с травмирующей ситуацией; бывают, как правило, фобическими или кататимическими, обнаруживают зависимость от случайных событий, недавних бесед, прочитанных книг и наблюдения психических расстройств у других больных. Иногда им сопутствуют истерические галлюцинации, беспокойство, паника, депрессивное настроение, состояния экстаза или двигательное возбуждение. Встречаются также истерические чувствительно-двигательные дисфункции, особенно анестезии. Для синдрома, состоящего главным образом из бредоподобных фантазий, истерических галлюцинаций и сужения сознания, представляется адекватным термин «истерический галлюцинаторно-параноидный (бредовой) синдром», или «галлюцинаторно-параноидный псевдопсихоз». Такой синдром продолжается недолго, хотя имеет склонность к рецидивированию, а в отдельных случаях может сохраняться месяцами и даже годами, нередко создавая значительные диагностические затруднения. Дифференциальный диагноз должен основываться на отсутствии симптомов, типичных для шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и экзогенных психозов. Следует также исключить симуляцию.

При анализе отдельных симптомов диссоциативных и реактивных истерических

синдромов многократно подчеркивалось одно из важнейших общих свойств, а именно частичная или полная амнезия периода заболевания. Многие авторы описывают также истерическую амнезию как изолированный моносимптом [Balestrieri et al., 1974; Cabello, 1952; Davis, 1951; Delay, Deniker, 1951; Hays, 1961], среди других истерических расстройств он встречается в 5—14 % случаев [Kirshner, 1973]. Амнезируются прежде всего неприятные переживания, действия, ущемляющие чувство собственной ценности, а также ситуации и события окрашенные выраженными отрицательными эмоциями [Lisfranc, 1966; Siegal, 1951]. Очень часто амнезия симулируется [Kiersch, 1962]. Истерическое происхождение приписывают к так называемой преходящей глобальной амнезии, описанной Fischer и Adams (1958). Этот синдром, этиология которого все еще неясна, хотя многие клинические данные свидетельствуют в пользу сосудистого происхождения расстройства или двустороннего повреждения височных долей или зрительного бугра [Heath-field et al., 1973], появляется приступообразно без неврологической симптоматики и продолжается от 10 мин и более до нескольких часов. Механизм истерической амнезии до сих пор не выяснен и разрешение этой важной проблемы, по-видимому, нуждается в более полном познании сущности процессов памяти. Большая часть исследователей предполагает найти ответ на вопросы о молекулярной основе памяти в системе ДНК — РНК — белок [Gurowitz, 1973]. Результаты последних экспериментальных исследований памяти пошатнули некоторые из существовавших до сих пор основных положений в этой области (в частности, подвергается сомнению концепция консолидации памяти, разделение памяти на кратковременную и долговременную, определено время кодирования информации, т. е. запоминания, 2—10 с), а также позволили выработать новую общую концепцию памяти — так называемую теорию контекстной системы памяти [Lewis, 1976]. С точки зрения этой теории можно было бы выдвинуть гипотезу о том, что сущность истерической амнезии состоит в избирательном блокировании механизма воспроизведения информации, закодированной познавательными структурами. Блокирование механизма воспроизведения информации происходит, вероятнее всего, на уровне центральной нервной системы, при этом главную роль играют корковые процессы, а не подкорковые, как считает довольно многочисленная группа авторов. Проверить эту гипотезу без первоначального выяснения сущности механизма воспроизведения не представляется возможным.

5.5. Общие соображения о дифференциальной диагностике

Истерия
Якубик А.

При обсуждении отдельных истерических симптомов или синдромов уже указывались заболевания или симптомокомплексы, от которых следует дифференцировать истерические расстройства. Однако при дифференциальной диагностике следует помнить также и о некоторых общих принципах, обязательных для каждого случая истерии.

Речь идет о следующих важных моментах: 1) возможность разнообразных видов симуляции; 2) роль личности в генезе симптомов и ее влияние на клиническую картину и течение заболевания; 3) появление истерических симптомов по ходу других соматических и психических заболеваний; 4) значение анамнеза в постановке окончательного диагноза; 5) общие особенности и ошибки

диагностического процесса. При дифференцировании истерии от симуляции [Boisseau, 1949; Cabello, 1951; Gelma, 1950; Uszkiewiczowa, 1966], в частности, принимают во внимание следующее: 1) возможность обычной симуляции — сознательного и преднамеренного демонстрирования симптомов психического заболевания фактически здоровым лицом (опуская спорный вопрос, в какой степени симуляция является выражением психической патологии), которое умышленно обманывает окружающих, для того чтобы считаться психически больным; этот вид симуляции обусловлен определенной мотивацией и носит отчетливо инструментальный характер (обычно с целью избежать юридической ответственности). Чаще всего симулируют амнезию (особенно периода совершения преступления), мутизм, сурдомутизм, параличи и т. п.; 2) сосуществование симптомов истерии и симуляции; 3) перерастание начальной симуляции в истерический синдром; 4) аггравация — преувеличение и приукрашивание имеющихся истерических нарушений; 5) метасимуляция — сохранение симптомов уже после исчезновения истерического синдрома. Среди врачей различных специальностей, в том числе среди психиатров, наблюдается ошибочная и вредная тенденция к отождествлению истерии и симуляции, что ведет к негативному отношению к больным с истерическими расстройствами. Такие немедицинские установки, результатом которых часто является закрепление страданий больного или упущение из вида симптомов других заболеваний, заслоняемых нередко истерическим синдромом, поддерживаются более или менее прямыми намеками, которые содержатся в многочисленных научных публикациях в виде таких терминов по отношению к истерии, как «бессознательная симуляция», «полусимуляция», «чистосердечная симуляция» [Lisfranc, 1966]. Эти понятия должны быть как можно скорее исключены из работ по психиатрии.

Что касается роли личностного фактора в патогенезе и течении истерических расстройств, то не следует забывать о нескольких принципиальных закономерностях в этой сфере: 1) диагноз истерической личности не тождествен диагнозу истерического синдрома; 2) истерическая личность не является условием появления истерического невроза или реактивного истерического синдрома, потому что истерические расстройства возникают у больных с различными типами личности, так же как индивиды с истерической личностью могут страдать различными видами нервных расстройств и психических болезней; 3) по существу все психозы (особенно эндогенная депрессия), поражения центральной нервной системы и соматические болезни могут усиливать и обнажать признаки и механизмы истерической личности даже у больных, представляющих совершенно другой тип личности (например, шизоидную личность); 4) поведение и его механизмы, характерные для истерической личности, довольно часто заслоняют или искажают симптоматику разнообразных психических и соматических расстройств; 5) любой тип нарушений личности может стать важным этиопатогенетическим фактором формирования истерических синдромов.

Отдельной и необыкновенно существенной проблемой дифференциальной диагностики является сочетание истерических расстройств с другими симптомами или болезнями, например, психосоматическими расстройствами, соматическими, органическими, психосоматическими и другими нарушениями. В этих случаях некоторые авторы говорят о так называемой симптоматической истерии или, что менее адекватно, об истерическом наслоении либо псевдоистерическом синдроме. С точки зрения общей теории систем,

расценивающей все формы психических расстройств как общесистемные нарушения (по принципу: изменение одного из элементов системы вызывает изменения в остальных элементах на различных уровнях иерархической организации, тем самым изменяя саморегуляцию всей системы), использование механистического термина «истерическое наложение» неправильно. Сомнительным представляется также применение понятия псевдоистерического синдрома (или симптома), служащего как бы отрицанием истерического характера расстройства. Оба термина, возникшие вследствие искусственного разделения психических нарушений на «глубокие» и «менее глубокие», отражают лишь атомистически-механистический подход к человеку и психическим заболеваниям, а также пренебрежение к «менее важным» невротическим или истерическим расстройствам, поскольку «они наслаиваются на более важные, глубокие...» Они не учитывают, в частности, возможность возникновения истерических и невротических симптомов как реакции больного на обнаруженную у него психическую или соматическую болезнь и связанную с этим нередко многомесячную госпитализацию, на пребывание в психиатрической больнице, изменение образа жизни, декомпенсацию, отрицательное отношение семьи к его болезни и т. д. В практике это приводит к пренебрежению «неважными» симптомами при терапевтическом воздействии и сосредоточении лечения только на «основном» заболевании, ожидая исчезновения, например, истерических симптомов вместе со снятием или улучшением «глубоких» расстройств. Между тем оказалось, что, например, направленная психотерапия больных, страдающих одновременно эпилепсией и невротическими расстройствами (конечно, наряду со специфическим фармакологическим лечением), устраняет невротические симптомы, изменяет некоторые «неврозогенные» установки (особенно к своей болезни, т. е. эпилепсии) и улучшает социальное функционирование пациентов [Zarebska-Jakubik, 1977]. Типичным примером социально вредного терапевтического нигилизма является диагностирование у больных неврозами органических изменений в центральной нервной системе (часто лишь на основании данных ЭЭГ): с этого момента невротический больной становится для психиатра просто «органиком», а невроз — псевдоневротическим синдромом (как будто наличие органических изменений противоречит функциональной природе невротического синдрома), а в связи с этим пациент, оказывается, уже «не подходит» для психотерапевтического лечения, которое «ведь не ликвидирует органику...»

Многие авторы подчеркивают довольно частое сочетание истерических симптомов с психосоматическими [Barros-Ferreira, 1976; Brisset, 1970] или соматическими [Аносов, 1956; Faucet, 1960; Jezewska, Frckowiak, 1961] расстройствами. Например, Wdowiak (1963b) в группе больных с диагнозом истерии у 11—18 % из них обнаружил соматические болезни, замаскированные истерическими симптомами. В литературе также обращается внимание на сочетание истерических синдромов типа чувствительно-двигательных дисфункций с эндогенной депрессией [Fleischer, Schlupekova, 1975; Reed, 1975; Ziegler et al., 1960], различными формами шизофрении [Овсянников, 1970; Szubertowa, 1957], опухолями мозга [Bi-likiewicz, Smoczynski, 1977; Gromska, Sulestrowska, 1963; Smoczynski, 1960; Wdowiak, 1963a], генерализованными органическими нарушениями различной этиологии [Merskey, Buhrich, 1975; Standage, 1975], эпилепсией [Haga, 1975; Janz, 1953; Pawlak, Chrzanowski, 1976; Rabe, 1970; Selbach, 1966], посттравматическими синдромами [Chlopicki, Glowacki, 1959; Marek, Szyrnusik, 1975; Stein, Slowicki, 1959; Wardaszko, 1955],

алкоголизмом [Ringel, Schinko, 1955], хроническим галлюцинозом [Dalle, 1969], рассеянным склерозом [Ziegler et al., 1960], болезнью Вильсона [Basquin, 1975] и т. д. Из анализа литературы следует, что в среднем в группе больных с диагнозом истерической конверсии встречается около 22—50 % случаев эндогенной депрессии [Barnet, 1971; McKegney, 1967; Stefansson et al., 1976], 7—14 % случаев шизофрении [Lewis, Berman, 1965; Slater, Glithero, 1965; Ziegler et al., 1960], 22—67 % случаев органических повреждений центральной нервной системы [Merskey, Buhrich, 1975; Stefansson et al., 1976; Wdowiak, 1963a; Whitlock, 1967]. Подчеркивается также проявление или усиление признаков истерической личности, особенно при эндогенной депрессии [Alarcon, Covi, 1973; Lazare, Klerman, 1968], реактивной депрессии [Amaduzzi, Pazzagli, 1967], а также при опухолях мозга [Bilikiewicz, Smoczynski, 1977].

Большое внимание уделяется вопросу сочетания истерических расстройств (как чувствительно-двигательных дисфункций, так и реактивных истерических синдромов) с органическими поражениями мозга [Standage, 1975] и сосуществования больших истерических и эпилептических припадков, так называемой истероэпилепсии [Naga, 1975; Robe, 1970]. В этих случаях развитие истерических расстройств связано с повышением реактивности нервной системы в результате органических изменений, в связи с чем до сих пор «нетрудные» для индивида ситуации становятся травмирующими. В свою очередь Кепиньский (1972a) отмечает явное сходство действия механизмов дезинтеграции при органических и истерических синдромах. Возможно, должны вестись поиски сущности истерических механизмов. В пользу этого свидетельствует также высокий процент изменений на ЭЭГ [примерно 33—56; Ferns, 1959; Liske, Forster, 1964] при истерии, главным образом в виде неправильного основного ритма и изменения биоэлектрической реактивности коры [Bassin, Zirmunska, 1956; Lacour et al., 1972], хотя неоднородность применяемых диагностических критериев, методологические дефекты (например, отсутствие контрольной группы популяции методом случайной выборки, отсутствие данных ЭЭГ в период до возникновения истерических симптомов) значительно снижают ценность полученных результатов.

При дифференциальной диагностике следует также помнить, что истерические синдромы, особенно типа чувствительно-двигательных дисфункций, не всегда наблюдаются самостоятельно. Иногда истерический невроз сочетается с ипохондрическими или депрессивными симптомами, образуя так называемые смешанные неврозы, например, истерически-ипохондрический синдром, истерически-депрессивный синдром и т. п. Нередко встречается истерически-фобический невроз [Kerinski, 1972a]. По сравнению с другими клиническими формами неврозов истерический синдром обнаруживает более выраженную тенденцию к самостоятельному существованию, что наряду со значительным своеобразием психопатологической картины может предполагать существование отдельных патогенетических механизмов. Кроме того, следует обратить внимание, что многие психиатры ошибочно ставят диагноз истерически-ипохондрического невроза на основании ипохондрического синдрома у истерической личности, а нередко характерный для ипохондрии тип поведения (например, преувеличенные, навязчивые жалобы и демонстрация различных страданий) ошибочно отождествляется с истерическим. Подобные ошибки часты в случаях эндогенной депрессии. Это результат поверхностного, упрощенного и стереотипного видения истерической личности в категориях театрального,

демонстративного и чрезмерно экспрессивного поведения.

Несмотря на своеобразие клинической картины истерии, постановка правильного диагноза может представлять серьезные трудности даже для опытных клиницистов. Поэтому во многих случаях правильный диагноз ставится лишь на основании длительного катамнеза [Guze, 1970], тем более что у больных с первоначальным диагнозом истерического синдрома при катамнестическом исследовании обнаруживают примерно в 10—22 % психозы [Ljungberg, 1957; Ziegler et al., 1960]. Для дифференциальной диагностики представляются полезными знания основных свойств диагностического процесса и осознание наиболее частых его ошибок [Ziemski, 1973]. По мнению Kozielecki (1977), процесс постановки диагноза состоит из трех основных этапов: 1) формулирование системы гипотез о наблюдаемых у больного нарушениях (согласно правилу Elstien, число гипотез не превышает 3—5), что позволяет систематизировать исходные данные и обозначить направление дальнейшего поиска; 2) упорядочение гипотез по одному или более критериям (например, по клинической картине, течению, результатам лечения и т. п.); 3) проверка диагностических гипотез за счет поиска дополнительной информации. Наряду с системой гипотез основными элементами любого диагноза являются субъективная вероятность (т. е. убежденность врача) в правильности гипотезы и комплекс внутренней и внешней информации (знания). Основные ошибки диагностического процесса: 1) предпочтение положительной информации (например, о наличии данного симптома), отрицательной информации (например, об отсутствии определенного симптома); 2) восприятие информации, которая подтверждает, и упущение из виду информации, которая противоречит принятым гипотезам (так называемый механизм самоподтверждения гипотез, иначе — «познавательная слепота»); 3) «эффект приоритета», т. е. переоценка диагностической ценности первоначальной информации; 4) вначале расширение, а затем сужение системы гипотез; 5) преобразование открытой системы гипотез в закрытую (т. е. в такую, в которой включение новых гипотез и исключение ложных невозможно) под влиянием определенных факторов, например, высокой субъективной вероятности рабочих гипотез, негибкого мышления врача и т. д.; 6) переоценка вероятности рабочих гипотез и недооценка остальных гипотез; 7) проявление при малом выборе гипотез диагностического консерватизма, т. е. слишком осторожное формулирование диагноза; 8) чем меньше выбор возможных гипотез и чем более ценная информация доступна в процессе решения диагностической задачи, тем больше вероятность правильной постановки диагноза при принятии модальной (наиболее вероятной) гипотезы [Kozielecki, 1972]. Усвоение этих характерных особенностей диагностического процесса позволяет соответствующим образом их корректировать, что в большей или меньшей степени облегчает постановку правильного диагноза. Анализ явлений, сопровождающим сам процесс диагностики, может оказаться особенно полезным в случаях, когда поставить диагноз труднее всего.

5.6. Истерия и транскультуральная психиатрия

Истерия
Якубик А.

Биологическая обусловленность истерических расстройств сводится к участию конституционного фактора в этиопатогенезе истерии, поскольку проведенные до

сих пор клинические исследования не указывают на какую-либо роль наследственности в возникновении истерических синдромов [Ljungberg, 1957; Marks, 1973; Miner, 1973; Slater, Cowie, 1971]. Обследуя ветеранов войны, Pollin и соавт. (1969) обнаружили среди них около 16000 пар близнецов, из них они выбрали несколько сот пар однояйцевых (MZ) и двуяйцевых (DZ), среди которых хотя бы один страдал неврозом. Наличие невротических расстройств у второго из близнецов отмечено в 9 % пар MZ и в 7 % пар DZ, т. е. в 1,3 раза чаще у MZ, чем у DZ (в исследованной группе соответствующий показатель заболеваемости шизофренией составил 3,3:1). Близкий показатель (1,9) получил Schepank [Wolniewicz-Grzelak, 1975]. Методом близнецов исследовал влияние генетических факторов на возникновение истерии Slater (1961). Среди проанализированных 12 пар MZ и 12 пар DZ ни в одном случае не обнаружено истерических расстройств у обоих близнецов. Несмотря на некоторые методологические ограничения (например, неверно представление лишь о генетическом различии и сходстве среды обитания пар близнецов, исследованные группы нерепрезентативны и т. п.), обследования близнецов дают основание утверждать, что истерические синдромы наследственно не обусловлены, а говоря осторожнее, генетические факторы не играют доминирующей роли в генезе истерических расстройств. Это, в частности, является аргументом, подтверждающим обоснованность предлагаемой эссенциальной структуры истерии (см. раздел 5.2).

Цитируемые результаты, другие клинические наблюдения, а также исследования структуры семьи лиц, больных истерией [Assal, 1970; Arkonac, Guze, 1963; Ljungberg, 1957; Lempriere et al., 1965; Woerner, Guze, 1968; Woodruff et al., 1971], и течения процесса их социализации [Bandura, 1969; Bandura, Walters, 1963; Mika, 1969; Szustrowa, 1972; Ziemska, 1975] указывают на фундаментальное значение социально-культурных факторов в формировании истерической личности и возникновении истерических синдромов. К аналогичным выводам привели исследования в направлении транскультуральной психиатрии [Caudill, Lin, 1969; Linton, 1956; Murphy, Leighton, 1965; Reuck, Porter, 1965]. Это подтверждают также результаты исследований, доказывающих связь истерии с переживаниями периода детства, особенно в отношении таких переменных, как: 1) невротические нарушения и истерические особенности родителей [Guze, 1975; Guze et al., 1971; Obuchowska, 1976], являющиеся примером для подражания истерическому поведению; 2) распад семьи, особенно развод родителей, смерть матери или отца [Assal, 1970; Lisfranc, 1966]; 3) сильные наказания и поведение родителей, которое можно интерпретировать как направленные на извлечение пользы из болезни и привлечение внимания окружающих к собственной особе [Wolniewicz-Grzelak, 1975]; 4) эмоциональное отчуждение со стороны родителей [Abse, 1966; Rigotti, 1951]; 5) чрезмерные опека и контроль родителей, ограничивающие самостоятельные решения и действия и утверждающие состояние зависимости от ближайшего окружения [Kirshner, Kaplan, 1970; Laughlin, 1967]. Социально-культуральная детерминированность истерии находит свое отражение в показателях распространенности ее и заболеваемости в разных социальных и этнических группах [Kiev, 1972; Lin, 1953; McCabe, Stromgren, 1975], а также в различных исторических и цивилизационных условиях [Abse, 1966; Ackerknecht, 1971]. Например, показатель заболеваемости истерическими расстройствами в европейских странах составляет примерно 0,5 %, а показатель распространенности — 0,011—0,020 % [Lemkau, 1973; Stefansson et al., 1976]. Для обитателей Индии показатель распространенности составляет около 0,6 % [Neki, 1973]. Для сравнения можно напомнить, что в средние века коллективная истерия

охватывала около 2—8 % всех жителей некоторых городов [Lemkau, 1973].

Эпидемиологические данные довольно однозначно подтверждают большую частоту истерии у женщин по сравнению с мужчинами. Приводимые пропорции колеблются в широких пределах—от 2:1 [Ljungberg, 1957; S-te-fansson et al., 1976] до 10: 1 [(Schneider et al., 1965; Stephens, Kamp, 1962] и в возрасте до 30 лет по сравнению с возрастом после 50 лет [Guze et al., 1972; Ljungberg, 1957; Walters, 1961; Ziegler et al., 1960], хотя в отношении возраста единодушного мнения нет [Assal, 1970; Lisfranc, 1966; Mon-ne-Dzikowska, 1971]. Более широкое распространение истерических расстройств у женщин, вероятно, связано с определяемой обществом ролью женщины, худшим общественным и профессиональным положением ее, определенным местом ее в структуре семьи, принятием в обществе некоторых видов поведения (например, истерического), которые считаются «женскими» и т. п. [Bandura, Walters, 1963; Pfeiffer, 1971]. Эта точка зрения поддерживает ошибочное мнение о том, что истерическая личность присуща исключительно женщине [Lerner, 1974; Purtell et al., 1951], хотя клинические наблюдения давно этому противоречат [Lisfranc, 1966; Luisada, 1974]. Столь же необоснованные взгляды преобладают и относительно связи истерии с необразованностью, сельским происхождением или принадлежностью к низшим слоям общества [Kiev, 1972]. Распространенное мнение о положительной корреляции истерических расстройств с низким интеллектуальным уровнем не подтверждается эмпирическими исследованиями [Payne, 1973; Templer, Lester, 1974]. Следует подчеркнуть, что к содержащимся в многочисленных публикациях эпидемиологически-демографическим данным следует подходить с большой осторожностью, так как из-за серьезных методологических недостатков они не имеют большой ценности в исследовании истерии. Особенно это относится к показателям заболеваемости и распространенности патологии.

До сих пор не проведены детальные и методологически совершенные исследования структуры семьи и характеристик процесса социализации в качестве основного фактора, формирующего истерическую личность или иной тип расстройств личности, обуславливающих развитие истерического синдрома. Исследования эгоцентрического типа регуляции [Szustrowa, 1971, 1972], а также эффективности поощрения и наказания в модификации поведения человека [Bandura, Walters, 1963; Mika, 1969; Skarzynska, 1974a, 1974b] позволяют сделать только косвенный вывод о том, что планируемые в будущем исследовательские работы такого типа должны, в частности, учитывать следующие элементы: 1) установки родителей по отношению к детям, выражающиеся содержанием проявляемых к ним чувств и степенью заинтересованности их потребностями. Истерогенное значение при этом может иметь как эмоциональное отчуждение, так и всепоглощающая любовь, полное одобрение и чрезмерные нежность и опека. Обе ситуации создают у ребенка неправильное видение мира и собственной личности, поскольку первая направляет поведение на поиск среди окружающего мира средств реализации неудовлетворенных эмоциональных потребностей, а вторая сужает сферу опыта до событий и лиц, которые эти потребности удовлетворяют. Вероятно, существует криволинейная зависимость между степенью идентификации ребенка с родителями, уровнем его эгоцентризма и эмоциональным отношением родителей (а также других значащих лиц) к ребенку, т. е. обе крайние ситуации ослабляют процесс идентификации и социализации, вызывая рост эгоцентризма. Негативные установки родителей уменьшают эффективность наказаний и возможность усвоения социально приемлемого поведения, а чрезмерная любовь и одобрение формируют убеждение ребенка в

собственной исключительности и ожидание постоянного подтверждения этой ценности окружающими; 2) степень и формы контролирования поведения ребенка родителями. По-видимому, и здесь истерогенное значение имеют крайние ситуации: ограничение свободы, активности и самостоятельности, предъявление чрезмерных требований или непоследовательность контроля за выполнением их, непонятные ребенку воспитательные действия или несовпадение методов воспитания у родителей, неумение родителей пользоваться поощрениями и наказаниями (например, предпочтение физических наказаний и материальных поощрений, преобладание наказаний над поощрениями, использование сильных наказаний, сопровождающихся отрицательным примером поведения, отсутствие дисциплинарных мер, «ориентированных на любовь», т. е. таких наказаний, как обида и угроза лишения любви, наград в форме похвалы и одобрения и, наоборот, всепрощение, неограниченная свобода, отсутствие всяческих требований или контроля за их выполнением). Важной детерминантой неэффективного социального обучения является неясность сообщаемых ребенку стандартов поведения, когда не обосновывают причины определенных дисциплинарных мер или когда воспитательные воздействия непоследовательны (например, наказания и поощрения зависят не от поведения ребенка, а от настроения родителей, одно и то же поведение в данный момент воспринимается нормально, в другой раз наказывается, не соблюдаются обещания поощрения и наказания, к ребенку предъявляют несогласованные или противоречащие друг другу требования); 3) зависимость процесса социализации от таких переменных, как пол и состояние здоровья ребенка, положение его в семье, структура семьи (например, расстроенная семья), материальные условия, образовательный уровень родителей, их личностные или невротические особенности и т. п.; 4) влияние перечисленных переменных величин, особенно их стимулирующих и информационных аспектов, на возникновение функционального преобладания инстинктивно-эмоциональных механизмов, недоразвития познавательной системы и структуры «я», патологических механизмов приспособления и т. д.

Кроме психологически-социальных факторов, генез, течение, классификация и терапия истерии обусловлены также культуральным фактором. Это подтверждают наблюдения, проведенные транскультуральной психиатрией (этнопсихиатрия, или сравнительная психиатрия), являющейся ныне отдельной областью социальной психиатрии [Kiev, 1972; Pfeiffer, 1971], которая специализируется главным образом на исследовании культурных аспектов психических нарушений в различных странах, прежде всего в племенных сообществах на территории Африки, Азии и Австралии. Хотя актуальный уровень транскультуральных исследований в психиатрии не превышает этапа наблюдения и регистрации фактов, он позволяет сделать хотя бы несколько принципиальных обобщений: 1) понятие психической нормы и патологии изменяется в зависимости от типа культуры, например, истерические нарушения или поведение в одних сообществах считаются болезнью, а в других — нормой [Ackerknecht, 1971]; 2) могут существовать племенные сообщества, в которых вообще не встречаются истерические синдромы [Czaplicka, 1914]; 3) некоторые формы наблюдающихся в сфере современной европейской культуры истерических расстройств в так называемых первобытных культурах являются исключительно элементом культового или магического поведения [Murphy, Leighton, 1965]; 4) существуют лишь культурально обусловленные варианты известных истерических синдромов, а не специфические, уникальные для данной культуры истерические феномены, хотя иногда они и не умещаются в рамки применяемой нами классификации [Pfeiffer, 1971]; 5) правильный диагноз в психиатрии не может быть поставлен без

учета культурального фактора [iKiev, 1972]. Основные трудности дальнейшего развития транскультуральных исследований происходят от незнания психиатрами языка, обычаев и верований отдельных племенных сообществ и вследствие отсутствия организованной психиатрической помощи в этих странах.

В литературе описано несколько основных реактивных истерических синдромов, детерминированных культурально. Ложный галлюцинаторно-параноидный синдром, называемый «неги-неги», наблюдается среди племени бена на Новой Гвинее как единственная приемлемая форма выражения чувства отчаяния в случае смерти жены или члена своего клана. Он появляется внезапно ночью, продолжается 3—23 ч и поражает исключительно молодых мужчин, которым обычаи племени запрещают проявлять вовне какие-либо чувства [Langness, 1965, 1967]. Для уменьшения эмоционального напряжения, вызванного враждебным отношением некоторых членов сообщества, развивается истерическая реакция по типу синдрома «одичания», называемая «лулу» и наблюдающаяся у мужчин племени гурурумба [Newman, 1964] и хули [Rodrigue, 1963] также на Новой Гвинее. Широко известен «л атак», или приступообразная форма истерии, описанная уже в прошлом веке на Яве [Yap, 1951], характеризующаяся эхоталией, эхопраксией, эхомимией, страхом (иногда эйфорией) и сужением сознания. Часто к этому присоединяется копролалия [Murphy, 1972]. Обычно она появляется при виде змеи или тигра либо при упоминании об этих животных. Идентичные симптомы описаны в Японии — «иму» [Кречмер, 1974], в Сибири — «мирьяхит» или «амурак» [Czaplicka, 1914], в Канаде — «jumping frenchmen» [Kiev, 1972] и под различными местными названиями в Бирме, Конго, на Филиппинах, Мадагаскаре и т. д. Среди канадских эскимосов этому состоянию дополнительно сопутствуют судороги и тенденция к агрессии [так называемая арктическая истерия; Kiev, 1972], а в Гренландии больной раздевается донага, катается по снегу, издает животные крики и через несколько минут глубоко засыпает, просыпаясь уже безо всяких расстройств [Caudill, Lin, 1969]. Эту форму истерии называют «пиблоктог». Среди канадских индейцев племени Оджибуэй наблюдается реакция, называемая «витико» (или «виндиго»), вероятнее всего, истерического характера. Она начинается с сильного страха в сочетании с анорексией, тошнотой, рвотой и поносом [Parker, 1960]. Больной охвачен страхом, что превратится в «витико», т. е. в демона в виде гигантского ледяного скелета, пожирающего людей. Иногда больной на самом деле может наброситься на кого-нибудь из своей семьи, убить его и съесть. Его считают опасным для племени, лечат у шамана, но чаще всего изгоняют или даже убивают. К острым реактивным истерическим синдромам причисляют также «амок» [Carothers, 1953], встречающийся в Малайзии, Кении, Новой Зеландии, на Филиппинах, а также в Индии и Индонезии [там его называют «мата гелап»; Pfeiffer, 1971]. Это кратковременный приступ острого двигательного возбуждения, сужения сознания, физической агрессии (вплоть до убийства), заканчивающийся обычно сном или ступором. В Китае наблюдается особый ложный галлюцинаторно-параноидный синдром — «сяо-пинь», когда больной отождествляет себя с умершим [Lin, 1953]. Вероятно, большая часть упомянутых здесь синдромов появляется также и при других психических расстройствах, например при шизофрении [Gerard, Sujeska, 1971], хотя некоторые авторитеты в этом вопросе подчеркивают их явно реактивный характер [Murphy, Leighton, 1965; Pfeiffer, 1971]. В этиопатогенезе расстройств такого типа акцентируется сильная потребность зависимости и ожидание помощи от своего сообщества (в частности, из-за отсутствия социального давления в направлении индивидуальных достижений и преобладания групповой модели взаимопомощи), отсутствие

ощущения отличия «я» от «другие» (в малых, солидарных группах ощущение «мы» преобладает над ощущением «я», т. е. чувство группового тождества преобладает над интегральностью «я»), приписывание истерических расстройств сверхъестественным силам, благодаря чему они становятся социально приемлемым способом приобрести значение и одобрение и разрядить эмоциональное напряжение [Kerinski, 1972a; Kiev, 1972]. Более точное познание этих проблем возможно после дальнейших тщательных транскультуральных исследований.

Влияние социально-культуральных факторов обнаруживается также и в коллективной истерии. Формы коллективной истерии, эпидемически наблюдавшейся в период средневековья, обсуждались в разделе 2.2. До настоящего времени в некоторых регионах сохраняются истерические пляски, например: тарантизм в Италии [Martino, 1971], ритуальные танцы секты так называемых вертящихся дервишей в Скопье [Lemkau, 1973], экстатические танцы «нести-нарки» во время крестин в сельских районах Болгарии [Schipkowensky, 1960] и т. д. В наше время коллективная истерия еще наблюдается в школах [Teoh et al., 1975], на фабриках [Parigi, Biagiotti, 1956; Stahl, Lebedun, 1974], в больницах, интернатах и других учреждениях [Sirois, 1974]. Коллективная истерия охватывает прежде всего женщин, обычно молодых (чаще всего до 20 лет), продолжается от нескольких часов до 10 нед и более, а нередко и дольше, в ней участвует разное количество людей (от 3 до 200 человек, по данным литературы); среди симптомов преобладают большие припадки, параличи, дрожания, спастические парезы, рвота и т. д. Детальный анализ проблем коллективной истерии и обширный обзор литературы содержит работа Sirois (1974). Одиночный или коллективный характер имеют истерические состояния экстаза, отличающиеся сужением сознания, бредоподобными фантазиями, истерическими галлюцинациями (например, религиозные видения, небесная музыка, неземные ароматы), сильными положительными эмоциями (состояние восторга, необыкновенного подъема, а часто и наслаждения с сексуальным оттенком и т. п.), полным отрывом от действительности, абсолютной нечувствительностью к неприятным раздражителям, иногда ступором [Blachowski, 1938; Blachowski, Borowiecki, 1928; Dryjski, 1948; Frey, 1953; Obuchowski, 1970]. Формой коллективной истерии считается также паника, возникающая в ситуации опасности для жизни, в частности на поле боя [Barcikowski, 1969; Madej, 1969; Stein, Rydzynski, 1961a, 1961b; Swebocki, 1969]. По мнению Obuchowski (1970), паника может возникнуть независимо от объективной ситуации или фобической настроенности индивида. Она появляется в условиях дефицита информации, когда даже самая неточная внешняя информация (например, неправильно понятое слова, случайный выстрел, крик) представляется более правдоподобной, если она связана с опасностью. В этом случае происходит отождествление такой информации с сигналом опасности, что вызывает значительное эмоциональное напряжение, усиливающееся созерцанием других лиц, находящихся в таком же состоянии. Из-за перехода регуляции поведения на внешнюю информацию, обеспечиваемую содержанием эмоций, происходит ослабление критики. Рост эмоционального напряжения приводит к снижению уровня сознания. Паническая реакция прекращается только вследствие физического утомления или действия неожиданных, отличных от общего фона раздражителей (например, спокойное, равнодушное поведение авторитетного командира или появление настоящей опасности).

В различных культурах веками известны случаи транса (обычно экстатического

характера), переживаемого лицами, которые участвуют в ритуальных танцах в сопровождении оглушительной музыки, ритмичного, громкого повторения молитв или магических заклинаний [Meerlo, 1959]. По мере нарастания звучания музыкальных инструментов (например, барабанов, бубнов, цимбал) нарастает эмоциональное напряжение, сужается сознание, частично или полностью прерывается контакт с окружающим, снижается чувствительность к внешним раздражителям, исчезает контроль над поведением наряду с как бы автоматическим сохранением ритмичных танцевальных движений. В глубоком трансе возникают расстройства восприятия [например, галлюцинации, близкие к истерическим или гипнагогическим; Jarosz, 1975]. Интересен факт, что вслед за начальным периодом повышенной активации наступает отчетливое падение ее ниже оптимального уровня, по-видимому, за счет ингибирования ее постоянно повторяющимися ритмичными звуками музыки и прекращения поступления внешних раздражителей. Эмпирические исследования Oswald (1968) обнаружили, что во время транса биоэлектрическая активность мозга постепенно меняется, в результате чего ЭЭГ приобретает вид, характерный для физиологического сна. У лиц, которые увлеченно танцевали в такт ритмичной музыки, запись ЭЭГ была типичной для состояния поверхностного сна. После фиксирования век у танцующих так, чтобы во время танца глаза были постоянно открыты, изменения на ЭЭГ указывали на появление периодов сна длительностью в несколько секунд, которые повторялись много раз на протяжении транса. Вероятно, ритуальный транс мог бы стать адекватной моделью для исследования феноменов и механизмов истерических расстройств. С точки зрения транскультуральной психиатрии ритуальный транс считается нормальным явлением, а не патологическим. Многие авторы приписывают ему также терапевтическую ценность, относя его к групповой терапии [Kiev, 1972]. Культурально обусловленная деятельность шаманов также является формой эффективного психотерапевтического воздействия [Hes, 1975; Kinzie et al., 1972].

Изложенные весьма кратко основные проблемы истерии в транскультуральном аспекте дают основание считать, что этнопсихиатрия должна стать почвой для вдумчивого исследования, поскольку она открывает многообещающие перспективы лучшего познания все еще невыясненных механизмов истерических нарушений.

Лечение

Истерия
Якубик А.

По сравнению с другими формами психических расстройств вопросам лечения истерических синдромов, несмотря на отсутствие успехов на этом поприще, не уделяется достаточного внимания в литературе. Приятное исключение составляют лишь сторонники бихевиоральной терапии [Eysenck, 1964; Lazarus, 1972; Meyer, Chesser, 1973; OLeary, Wilson, 1975], хотя и они ограничиваются почти исключительно описанием клинических случаев и избегают подбора более систематических и синтезированных данных. Анализ отдельных случаев свидетельствует, что различные бихевиоральные методы, особенно аверсивные методики, могут оказаться эффективными при лечении различных истерических симптомов, в том числе сохраняющихся многие годы и не поддающихся другим формам терапии. Многие авторы сообщают об эффективности бихевиоральных методов при таких истерических симптомах, как астазия — абазия [Turner, Hersen,

1975], афония [Marshall, Watts, 1976; Wilson, 1962], слепота [Brady, bind, 1961; Ohno et al., 1974], немота.[Munford et al, 1976], глухота [Rosenberger, Moore, 1946], рвота [Kohlenberg, 1975, тики [Barret, 1962], блефароспазм [Meichnebaum, 1966], писчая судорога [Kushner, Sandier, 1966; Yates, 1970] и т. д.

Бихевиоральные методы, направленные в соответствии с теоретическими принципами бихевиоризма исключительно на ликвидацию определенных симптомов, не влияют на истинные причины истерических нарушений и поэтому могут быть лишь вспомогательной формой лечения истерии, ограничивающейся дисфункциями чувствительно-двигательной сферы.

Серьезные сомнения в свою очередь возбуждает предложение лечить истерические нарушения электрошоком [Wainer, 1949], амфетаминовым шоком [Delay et al., 1951], снотворными [Tyszkiewicz, 1955] или же наркоанализом [Телешевская, 1969], использовавшимся ранее скорее для диагностических целей и ныне оставленным по соображениям этического порядка. Основываясь на концепции реактивного торможения при истерии, Eysenc (1964) предлагает применять стимулирующие средства, которые призваны снимать симптомы за счет возбуждения коры. Теоретически более обоснованным кажется, однако, использование атарактиков, которые за счет пресинаптического торможения экстрацептивной и проприоцептивной афферентаций снижают уровень активации и уменьшают эмоциональное напряжение (особенно страх). Следует заметить, что в отдельных случаях зафиксирован положительный лечебный эффект психотропных препаратов [Dolmierski, Smoczynski, 1961; Reckless, 1972].

До сих пор окончательно не разрешен спорный вопрос использования гипнотерапии при истерии, несмотря на многочисленные клинические и экспериментальные разработки [Barber et al., 1974; Chertok, 1968; Gill, Brenman, 1959; Gradowska, 1972; Katzenstein, 1971; Weitzenhoffer, 1972; Wol-berg, 1975]. Некоторые авторы сообщают об успешном лечении гипнозом блефароспазма [Wickramasekera, 1974], истерической амнезии [Chertok, 1968; Wolber, 1975], альтернирующей личности [Brandsma, Ludwig, 1974; Howland, 1975], а также других диссоциативных симптомов [Kaplan, Deabler, 1975]. Известно мнение, что истерические синдромы являются противопоказанием к гипнотерапии [Meares, 1956; Roraan-kiewicz, 1972].

Более умеренную позицию занимает Chertok (1968), который считает, что гипнотерапия показана только при легких истерических расстройствах типа чувствительно-двигательных дисфункций, но не должна применяться при реактивных истерических синдромах. Wolberg (1975) предлагает использовать гипноз как вспомогательный метод лечения, уменьшающий эмоциональное напряжение, смягчающий симптоматику, повышающий эффективность психотерапии, укрепляющий контакт пациента с врачом, а иногда действующий как плацебо. По оценке автора, сам по себе гипноз в психиатрии имеет небольшую терапевтическую ценность. Иногда он может служить средством диагностики — временное устранение симптома является доказательством истерической природы заболевания. Никаких ограничений использования гипнотерапии при лечении истерического невроза не выдвигает Kratochvil (1974). По данным литературы, наиболее убедительным представляется мнение о противопоказанности гипнотерапии в случае истерических реактивных синдромов и о вспомогательной роли гипноза при лечении истерического невроза

[Wolberg, 1975].

Многие психиатры сообщают о положительных результатах лечения истерических расстройств методами психотерапии, независимо от их теоретической ориентированности, т. е. например, психоаналитическим [Eichler, 1976; Mitcherlich, 1971; Slavson, 1973; Stekel, 1953], аналитическим [Hochheimer, 1966] или феноменологически-экзистенциалистским [Colm, 1966; Wexler, Rice, 1974; Worchel, Byrne, 1964]. К сожалению, до сих пор не предпринимались запланированные исследования эффективности психотерапии при истерии, поэтому о ней можно лишь приблизительно судить на основании результатов, достигнутых в группах больных с различными клиническими формами неврозов. Процент неудач к моменту прекращения психотерапии у разных авторов колеблется от 14 до 42, а в период катамнеза — от 10 до 58 [Kratochvil, 1974]. Это, безусловно, ориентировочные величины, поскольку трудно сравнивать результаты различных форм терапии вследствие применения различных методов, техники, процедур исследования, разнообразных критериев изменения и улучшения состояния.

Принятые в данной работе теоретические положения, особенно касающиеся расстройств личности, истерической личности, эссенциальной структуры невротического и реактивного истерического синдрома, механизма развития симптомов, предполагают определенный подход к лечению. С точки зрения общей теории систем психотерапия должна представлять собой направленное воздействие (т. е. управление или такое поведение одной из систем, которое приводит к определенным изменениям другой системы), на нарушенную систему (больного) другой системы (врача), использующее энергетически-информационные процессы и способность системы к научению, основной целью которого становится внутренняя реструктуризация. Понятие реструктуризации более или менее соответствует общепринятым терминам вроде: «изменение установок», «изменение личности», «реориентация» и т. п. Эффективная реструктуризация должна вести к восстановлению системой своих фундаментальных свойств, таких, как открытость, активность, способность к саморегуляции, самоорганизации, управлению, к восстановлению внутреннего функционального равновесия, растормаживанию существующего потенциала роста и развития. Основное условие успешной реструктуризации — создание прочных обратных связей между нарушенной системой (пациентом) и управляющей системой (врачом), что указывает на важную роль так называемого терапевтического контакта, а также с другими системами (например, с членами терапевтической группы), обеспечивающими поступление значимой обратной информации. Одновременно необходимо создать оптимальные условия научения, т. е. возможность привести в действие процессы активного поиска, приема, отбора, интегрирования, кодирования, преобразования, воспроизведения и производства информации. Для этой цели в начальной фазе терапии нужно обеспечить расстроенную систему информацией, которая восстанавливает нарушенный гомеостаз (уменьшает несоответствие информации, снижая тем самым уровень активации). По мнению Leder (1971), в начальный период лечения важную роль играет прежде всего информация о причинах расстройства, методах и возможностях устранения заболевания и его симптомов. Эта информация является компонентом неспецифических факторов лечебного воздействия (так называемый эффект плацебо), поскольку она снижает у пациента чувство опасности и эмоциональное напряжение. На этом этапе терапии преобладает процесс пассивного научения, который осуществляется за счет терапевтического

контакта и образованных социальных ситуаций, главным образом путем подражания и переобусловливания. Однако изменение установок может произойти лишь при помощи активного переучивания, в процессе которого больной активно и самостоятельно преобразует себя, свое окружение и отношения с ним. Врач ускоряет этот процесс, применяя методы проблемного обучения. «Оно предполагает активную исследовательскую деятельность пациента, включает в себя определение и называние фактов, задач и проблем, оценку их, формулирование гипотез и решений, принятие решений и экспериментирование в направлении их верификации, формулирование выводов на основании опыта» [Leder, 1971]. Только оптимальное течение этого процесса способствует появлению специфических изменений (например, социальных установок). Фиксирование и перенос новых форм поведения вне терапевтической ситуации требует подкрепления со стороны общества и удовлетворения новых потребностей и стремлений пациента.

Реструктуризация системы должна охватывать как познавательные, так и эмоциональные структуры. Говоря точнее, поступающая в процессе терапии информация должна быть направлена на модифицирование инстинктивно-эмоциональных механизмов, а не только на трансформацию познавательных структур. Цель психотерапии — обеспечение больного информацией, которая вызывала бы повышение степени познавательной сложности, исключала бы простые схемы интегрирования информации (например, по принципу «черное—белое»), способствовала развитию структуры «я» (например, укрепляя ощущение тождества, собственной ценности и контроля), ликвидировала расхождение между закодированной информацией [например, между «реальным я» и «идеальным я», несоответствия в сфере структуры «я»; Pohoreshka, 1977] и т. д. Это позволит снять угрозу для «я», а тем самым уменьшить потенциал регуляции ненормальных приспособительных механизмов (например, защитных, разряжающих, манипуляционных) и снизить уровень эгоцентризма.

Что касается истерической личности, процесс психотерапии должен быть долгосрочным, хотя бы из-за больших трудностей реструктуризации. Необдуманный отказ больного или врача от продолжения психотерапии, нередко проводящейся несколько лет, фиксирует ошибочное представление о неэффективности лечения.

Учитывая недостаток места, мы не можем более детально обсуждать специфические вопросы психотерапии при истерии. Приведенный краткий очерк лечения истерии определяет лишь общее направление дальнейшего практического и научного поиска, а предложенные гипотезы еще нуждаются в эмпирической проверке. Чрезвычайная сложность проблем, связанных с истерией, ряд еще нерешенных теоретических и практических вопросов в некоторой степени оправдывают, возможно, слишком общий характер наших рассуждений.